

Sambandet mellan ätstörningssymtom och självbild
inom ett icke-kliniskt sampel

Magisteravhandling i utvecklingspsykologi

Jenni Alatalo, 34449

Handledare: Rasmus Isomaa

Fakulteten för pedagogik och välfärdsstudier

Åbo Akademi i Vasa

Våren 2019

Abstrakt

Syfte: Syftet med studien är att undersöka om ätstörningssymtom och självbild har ett samband, och hurudant sambandet i så fall är.

Metod: I undersökningen deltog 283 gymnasieelever från Österbotten. Av samplet var 188 stycken svenskspråkiga (flickor = 98, pojkar = 89) och 95 stycken finskspråkiga (flickor = 62, pojkar = 33). Som undersökningsinstrument användes Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q), Clinical Impairment Assessment Questionnaire (CIA) och Structural Analysis of Social Behavior (SASB).

Resultat: Undersökningens resultat visar att flickorna hade mera ätstörningssymtom än pojkarna enligt alla fyra kategorier i EDE-Q (begränsat ätande, ätbekymmer, kropp- och figurbekymmer, viktbekymmer). Bland flickorna fanns det ett måttligt starkt signifikant negativt samband mellan ätstörningssymtom och kluster två, kluster tre och kluster fyra i SASB-modellen. Kluster sex, kluster sju och kluster åtta i SASB-modellen hade ett måttligt starkt positivt samband med ätstörningssymtom som var signifikant. Bland pojkarna fanns det ett signifikant negativt samband mellan ätstörningssymtom och kluster två och kluster tre. Kluster sex, kluster sju och kluster åtta hade ett signifikant positivt samband med ätstörningssymtom. Korrelationen mellan de olika klustren i självbilden och totala poängen i EDE-Q samt CIA var starkare bland flickorna än bland pojkarna.

Konklusion: Ett samband mellan ätstörningssymtom och negativ självbild kunde påvisas, och sambandet var starkare bland flickorna än bland pojkarna.

Sökord: ätstörning, ätstörningssymtom, självbild, SASB, EDE-Q

Innehållsförteckning

1. Introduktion.....	1
1.1 Syfte	1
1.2 Ätstörningar.....	2
1.2.1 Olika former av ätstörningar	2
1.2.2 Utveckling	4
1.2.3 Riskfaktorer	4
1.2.4 Tillfrisknande	5
1.3 Självbild	6
1.3.1 SASB.....	6
1.3.2 SASB-modellen och självbild	8
1.4 Begränsad litteraturöversikt av forskningen på området	9
1.4.1 Syfte	9
1.4.2 Metod.....	9
1.4.3 Sammandrag	13
1.5 Hypoteser och frågeställningar	15
2. Metod	15
2.1 Sampel.....	15
2.2 Procedur	15
2.3 Instrument	16
2.3.1 Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q).....	16
2.3.2 The Clinical Impairment Assessment Questionnaire (CIA)	16
2.3.3 Structural Analysis of Social Behavior (SASB).....	17
3. Resultat.....	17
3.1 Hälsotillstånd och ätande	17
3.2 Ätbeteende och ätstörningssymtom	21
3.3 Självbild	22
3.4 Självbild och ätstörning.....	24
4. Diskussion.....	25
4.1 Sammanfattning av resultaten	25
4.2 Resultaten i förhållande till tidigare forskning.....	26
4.3 Undersökningens kliniska implikationer.....	26
4.4 Undersökningens begränsningar	27
4.5 Förslag till fortsatt forskning.....	28
4.6 Slutsats	28
Referenser	30

Bilagor.....	34
--------------	----

1. Introduktion

Ätstörningar är allvarliga psykiska sjukdomar som begränsar en persons liv. De medför förändringar i hjärnans verksamhet och försämrar förutom den kognitiva förmågan, även omdömesförmågan och gör personen mera emotionellt instabil (Klump, Bulik, Kaye, Treasure, & Tyson, 2009). Personer med psykiska störningar känner ofta ångest eller oförmåga inför viktiga saker, såsom arbete och sociala relationer (American Psychiatric Association, 2013).

Ätstörningar kännetecknas av långvariga avvikelser i personens ätande eller i beteendet kopplat till ätandet. Förändringarna sker i matintaget eller i förbrukningen av mat. Beteendet försämrar den fysiska hälsan och den psykosociala funktionsförmågan (American Psychiatric Association, 2013).

Ätstörningar förekommer i högre grad hos kvinnor än hos män (Hudson, Hiripi, Pope, & Kessler, 2007; Kjelsås, Bjørnstrøm, & Götestam, 2004). De flesta som insjuknar är unga kvinnor eller kvinnor i tidig vuxenålder (American Psychiatric Association, 2013). I Finland insjuknar 6 % av alla kvinnor i en ätstörning någon gång under livet. Bland unga kvinnor är ätstörningar den fjärde mest förekommande psykiska störningen (Lähteenmäki et al., 2014).

Självbild är ett begrepp som avser hurdan uppfattning en person har av sig själv (Egidius, 2008). Begreppets innehåll och betydelse kan variera en del beroende på ifrån vilket perspektiv man ser på det (Rosenberg, 2015). Tidigare forskning visar att ätstörningar och självbild har ett samband (Gezelius, Wahlund, Carlsson, & Wiberg, 2016; Nicoli & Junior, 2011). I den här avhandlingen kommer självbilden att beskrivas och undersökas utifrån SASB-modellen. SASB står för Structural Analysis of Social Behavior, och det är en modell som utvecklats av Lorna Smith Benjamin (Benjamin, 1974).

1.1 Syfte

Syftet med denna kvantitativa undersökning är att ta reda på om ätstörningar eller ätstörningssymtom och självbild har ett samband och hurudant sambandet i så fall är. Fastän tidigare forskning visar att ätstörningar och självbild har ett samband (Gezelius et al., 2016; Nicoli & Junior, 2011), har det i Finland inte tidigare undersökts med hjälp av SASB.

1.2 Ätstörningar

Ätstörningar håller på att bli ett allt större problem i samhället. Oberoende av kön, ålder, etnicitet och samhällsklass är det många som lider av en negativ kroppsuppfattning, låg självkänsla, samt skuld känslor och besatthet av födointaget (Lipczynska, 2005). Anorexia nervosa förekommer i olika kulturer och olika etniska grupper. Förekomsten och hur ätstörningen kommer till uttryck varierar en del i olika kulturer. Ätstörningar förekommer i högre grad i västerländska länder än i icke-västerländska, även om antalet som utvecklat en ätstörning ökat även i icke-västerländska länder (Makino, Tsuboi, & Dennerstein, 2004). Prevalensen av anorexia nervosa, bulimia nervosa och hetsättningsstörning är störst i länder med hög inkomst, så som i USA, många europeiska länder, Australien och Nya Zeeland (American Psychiatric Association, 2013). Industrialiseringen och utbredningen av västerländsk kultur kan medföra drag av ätstörningar, men dessa är inte nödvändiga för att utveckla anorexia nervosa. Anorexia nervosa har påträffats i alla icke-västerländska kulturer. Det har föreslagits att bulimia nervosa är en kulturrelaterad sjukdom, medan anorexia nervosa inte skulle vara det (Keel & Klump, 2003). Förekomsten av anorexia nervosa har varierat under historiens gång, och en delorsak till detta kan vara att synen på smalhet har varierat (American Psychiatric Association, 2013). Ätstörningar är ett resultat av flera olika omständigheter. Förutom omgivningen inverkar både utvecklingsmässiga och biologiska egenskaper hos en person på ätbeteendet och eventuella problem med det. Ätstörningsproblematik leder till både psykosociala och medicinska förändringar (Treasure, 2010).

1.2.1 Olika former av ätstörningar

Till diagnoskriterierna för anorexia nervosa hör enligt DSM-5 ett begränsat intag av energi, vilket leder till att kroppsvikten minskar och är lägre än vad den minst förväntas vara hos barn och unga, eller hos vuxna lägre än minsta normalvikten. Anorexia nervosa kännetecknas av en rädsla för att gå upp i vikt. Personer med sjukdomen har en förvrängd syn på sig själv och inser inte att de har en extremt låg kroppsvikt. De värderar sig själva utgående från sin syn på sin kropp och kroppsvikt (American Psychiatric Association, 2013).

I Finland har 2,2 % drabbats av anorexia nervosa i något skede av livet, dvs. den s.k. livstidsprevalensen är 2,2 % (Keski-Rahkonen et al., 2007). Enligt diagnosmanualen DSM-5 är förekomsten under 12 månader 0,4 % hos unga kvinnor; detta är den s.k.

årsprevalensen. Sjukdomen förekommer inte lika ofta hos män som hos kvinnor, och endast i ett av tio fall av anorexia nervosa är det en man som drabbas. Prevalensen av anorexia nervosa påverkas av vilka kulturella normer som gäller inom en viss kultur beträffande smalhet. (American Psychiatric Association, 2013).

Anorexia nervosa förorsakar förhöjd dödlighet. Mortaliteten hos personer med ätstörningen är 12 av 100.000 per år. Bland de som har anorexia nervosa har de flesta dödsfall orsakats av medicinska komplikationer, som varit ett resultat av ett självmordsförsök eller av ätstörningen (American Psychiatric Association, 2013).

Till diagnoskriterierna för bulimia nervosa hör enligt DSM-5 återkommande hetsättningsperioder. Dessa kännetecknas av ett okontrollerat ätbeteende med stora mängder mat under separata tillfällen. För att inte gå upp i vikt kompenseras hetsätningen med t.ex. uppkastningar, överdriven träning, användning av laxeringsmedel eller andra opassande kompensationsbeteenden. För att få diagnosen bulimia nervosa måste både hetsättningsbeteendet och kompensationsbeteendet återkomma i tre månaders tid minst en gång i veckan. Kroppsvikten och kroppsformen har stor betydelse för hur en person med bulimia nervosa värderar sig själv. Till diagnoskriterierna hör vidare att sjukdomen inte förekommer endast under perioder av anorexia nervosa (American Psychiatric Association, 2013).

Bulimia nervosa förekommer liksom anorexia nervosa oftast bland unga kvinnor, och männen uppskattas även här insjukna i ett av tio fall. Under 12 månader förekommer bulimia nervosa hos 1-1,5 % av unga kvinnorna i USA (American Psychiatric Association, 2013). I Finland har 2,3 % av kvinnorna insjuknat i bulimia nervosa någon gång (Lähteenmäki et al., 2014). Bulimia nervosa orsakar förhöjd dödlighet (American Psychiatric Association, 2013).

Återkommande hetsättningsperioder är enligt DSM-5 ett av diagnoskriterierna för hetsättningsstörning. Under hetsättningsperioderna kan personen inte kontrollera sitt ätande, utan äter under separata tillfällen större mängder mat än vad de flesta andra gör i liknande situationer. Till skillnad från bulimia nervosa kompenseras ätbeteendet inte med opassande kompensationsbeteenden. För att få diagnosen skall hetsättningsbeteendet återkomma minst en gång i veckan i tre månaders tid. Ätbeteendet framkallar ångest hos personen (American Psychiatric Association, 2013).

Det är inte lika stora skillnader i förekomsten av hetsätningstörningen mellan män och kvinnor som det är beträffande anorexia nervosa och bulimia nervosa. Under ett år insjuknar 1,6 % av de amerikanska vuxna kvinnorna i hetsättningsstörning, medan

årsprevalensen hos vuxna amerikanska män är 0,8 %. Hetsättningsstörning medtogs som en enskild ätstörning i DSM-5, som publicerades 2013 (American Psychiatric Association, 2013). I den tidigare upplagan DSM-IV nämndes den inte som en enskild kategori (American Psychiatric Association, 2000).

1.2.2 Utveckling

Personer som får anorexia nervosa, bulimia nervosa eller hetsättningsstörning insjuknar med största sannolikhet under ungdomstiden eller under tidig vuxenålder. Anorexia nervosa och bulimia nervosa börjar i många fall under en stressig livssituation. Förutom i samband med en stressfull livssituation är det vanligt att hetsätningen i bulimia nervosa börjar efter en period där personen bantat. Hos många personer som insjuknat i bulimia nervosa stannar ätstörningsbeteendet kvar i flera år. De som insjuknar i anorexia nervosa ändrar i många fall på sitt ätbeteende gradvis, förrän de uppfyller alla kriterier för ätstörningen. Hetsättningsstörningens utveckling vet man inte mycket om (American Psychiatric Association, 2013). Diagnostiseringen av ätstörningar är problematisk i och med att beteenden som hör till ätstörningsproblematik och diagnostiska symtom överlappar varandra, och samma symtom och tankegångar finns i olika diagnoser (Treasure, 2010).

1.2.3 Riskfaktorer

Enligt tidigare forskning finns det flera olika faktorer som kan öka risken att få problem med ätandet eller inställningen till mat och ätande. Genetiska faktorer kan vara riskfaktorer, och likaså kulturella faktorer. Även ett tidigt trauma kan öka risken för att insjukna i en ätstörning (Striegel-Moore, 2007). Personer som är missnöjda med sin kropp lider större risk för att utveckla en ätstörning än personer som är nöjda med sin kroppsform (Stice, Marti, & Durant, 2011). Självinriktad perfektionism, överdriven värdering av sin vikt och sin kropp, samt svart-vitt tänkande har konstaterats ha ett samband med förekomsten av ätstörningar (Lethbridge, Watson, Egan, Street, & Nathan, 2011). Även ångestsyndrom har konstaterats öka risken för att utveckla en ätstörning (American Psychiatric Association, 2013). Andra riskfaktorer är social press och besatthet av en smal kropp (McKnight Investigators, 2003), låg självkänsla (American Psychiatric Association, 2013; Ghaderi & Scott, 2001), oro över kroppens utseende och brist på socialt stöd (Ghaderi & Scott, 2001).

Yrken och hobbyn som förespråkar smalhet kan öka risken att få anorexia nervosa, t.ex. elitidrottare är i riskzonen för att utveckla ätstörningen. En annan riskfaktor som ökar sannolikheten för att insjukna i anorexia nervosa är drag av tvångsmässigt beteende under barndomen. Personer som är närstående till någon som har anorexia nervosa eller bulimia nervosa har större risk att även själva drabbas av samma ätstörning (American Psychiatric Association, 2013). Föräldrar med låg utbildning är en riskfaktor speciellt hos kvinnor. Hos männen gäller samma sak men risken är inte lika stor som hos kvinnorna. Detta gäller för ätstörningarna anorexia nervosa och bulimia nervosa (Goodman, 2014). Personer som blivit utsatta för sexuella eller fysiska övergrepp är i riskzonen för att utveckla bulimia nervosa. Andra riskfaktorer för bulimia nervosa är övervikt som barn, tidig pubertet och depressiva symtom. (American Psychiatric Association, 2013). Hetsättningsstörning går ofta i släkten, vilket tyder på att närstående som insjuknat i en ätstörning är en riskfaktor (American Psychiatric Association, 2013). Det är såväl biologiska, psykologiska och sociala aspekter som samtidigt inverkar på hur en ätstörning utvecklas (Fairburn & Harrison, 2003).

1.2.4 Tillfrisknande

En del av de som lider av anorexia nervosa blir friska efter en episod, medan andra kan vara i ett ständigt sjukdomstillstånd. Vissa av de som har anorexia nervosa växlar mellan att öka i vikt, för att sedan få ett återfall och minska i vikt igen (American Psychiatric Association, 2013). Mindre än hälften av de som insjuknat i anorexia nervosa blir friska, medan en tredjedel börjar må bättre men blir inte helt friska. Ungefär 20 % stannar kvar i sjukdomstillståndet och blir aldrig friska (Steinhausen, 2002). En del av de som insjuknat i en ätstörning vill inte ta emot någon hjälp. Det är en orsak till varför ätstörningar är svåra att behandla. För många av behandlingssätten saknas empiriska bevis för att de fungerar (Fairburn & Harrison, 2003). En behandlingsmetod som har bevisats fungera är Maudsleys modell, som är en version av familjeterapi. Det är en behandlingsmetod för ungdomar med anorexia nervosa som i många fall har visat sig förbättra situationen (Carr, 2014).

Hos en stor andel av de som insjuknat i bulimia nervosa finns sjukdomen kvar i flera år. Antingen är det så att ätstörningsbeteendet finns där hela tiden, eller så förekommer det bättre och sämre perioder. Med tiden brukar ätstörningssymtomen ändå minska, antingen med hjälp av behandling eller utan. Behandlingen har bevisats inverka på tillfrisknandet

på ett positivt sätt (American Psychiatric Association, 2013). Det finns empiriskt stöd för att kognitiv beteendeterapi (KBT) är ett behandlingssätt som passar för många som insjuknat i bulimia nervosa (Fairburn & Harrison, 2003).

Personer som lider av hetsätningsstörning är i de flesta fall äldre när de söker hjälp än vad personer med anorexia nervosa eller bulimia nervosa är, när de söker hjälp. Hetsätningsstörningen är en förhållandevis ihållande psykisk störning (American Psychiatric Association, 2013).

1.3 Självbild

Självbild är ett begrepp vars innehåll kan skilja sig en del beroende på ifrån vilket perspektiv man ser på det. Inom psykologin och sociologin ser man t.ex. på begreppet från varsitt perspektiv (Rosenberg, 2015). En kort psykologisk definition är att begreppet självbild avser hurudan uppfattning en person har om sig själv (Egidius, 2008). Enligt Rosenberg (2015) har människor en inställning till olika objekt, och självbilden är ett av objekten. Självbild kan därmed också beskrivas som den inställning en person har till sig själv. Denna inställning påverkas av flera olika saker, bland annat åsikter, fakta och hur en person värdesätter sig själv (Rosenberg, 2015). Begrepp som står självbild nära är självförtroende, självidentitet, självkänsla, självuppfattning och självvärdering. Självförtroende kan beskrivas som det förtroende en person har till sig själv och hur personen tror att hen kommer att hantera olika situationer. Självidentitet innebär det som en människa tycker att kännetecknar just hen. Självkänsla och självuppfattning betyder samma sak, och är begrepp som innefattar hur bra eller dåligt självförtroende en person har (Egidius, 2008).

Det finns olika sätt att beskriva och undersöka självbild, och i denna avhandling kommer självbilden att beskrivas och undersökas med hjälp av SASB.

1.3.1 SASB

Structural Analysis of Social Behavior (SASB) är en modell som utvecklats av Lorna Smith Benjamin (Benjamin, 1974). Modellen består av tre olika dimensioner. Den första är fokus, som man tänker sig att finns på tre olika ytor. De är fokus på andra, fokus på självet och introjektion. Den andra dimensionen är affiliation, och den dimensionen varierar mellan motpolerna vänlighet eller kärlek till fientlighet eller hat. Den tredje dimensionen handlar om autonomi, och sträcker sig mellan beroende och oberoende.

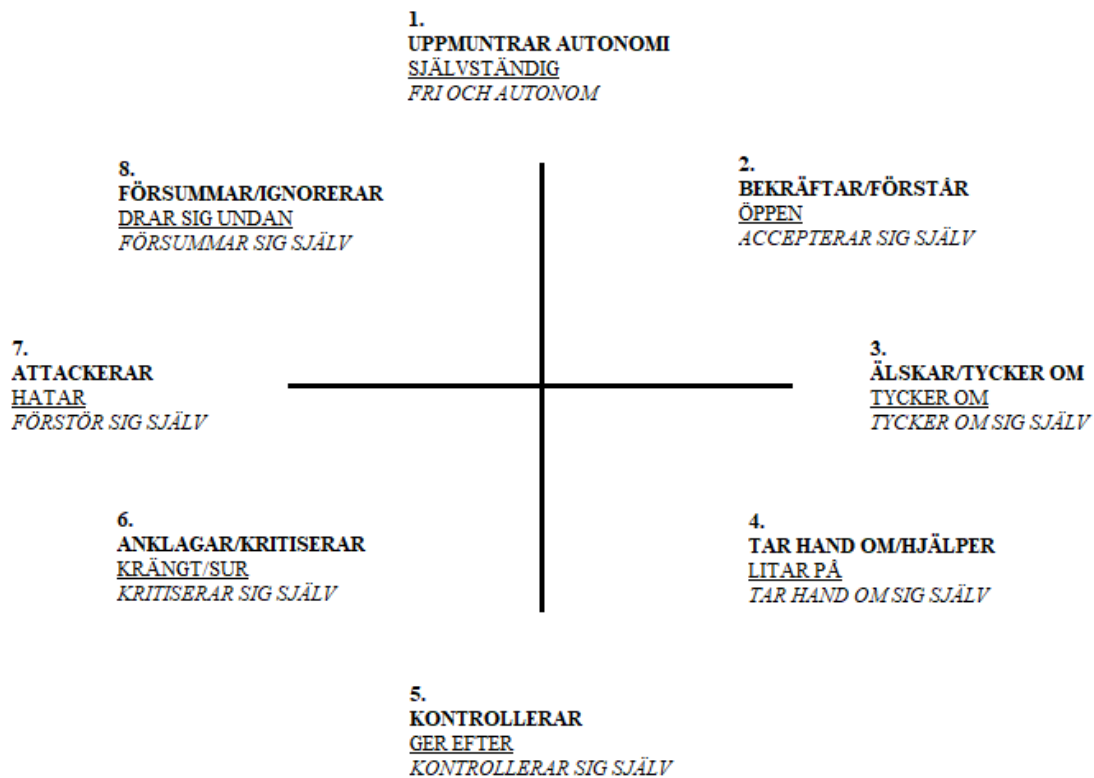
SASB är ett alternativ som kan användas då interpersonell och intrapsykisk växelverkan undersöks (Benjamin, Rothweiler, & Critchfield, 2006).

Den första dimensionen, fokus, beskrivs alltså som existerande på tre olika ytor. Denna dimension är diskontinuerlig, vilket innebär att de tre ytorna är skilda från varandra. Den första ytan står för ett interpersonellt fokus riktat mot andra. Det är ett beteende som är typiskt för t.ex. föräldrar (Benjamin, 2010), och som beskriver hur en person agerar (Armeliuss & Armeliuss, 2010). Den andra ytan står för interpersonell fokus på självet (Benjamin, 2010), och beskriver hur en person reagerar (Armeliuss & Armeliuss, 2010). Detta är ett beteende som är typiskt för ett barn. Den tredje ytan representerar introjektion, ett fokus på andra som svängts inåt (Benjamin, 2010). Den tredje ytan kan ses som en persons självbild (Armeliuss & Armeliuss, 2010) och den har formats av hur man blivit behandlad av andra som betyder mycket för en (Benjamin, 1996).

På varje yta finns det två kontinuerliga axlar, en vågrät axel och en lodrät axel. På den vågräta axeln finns affiliation, som sträcker sig från kärlek eller vänlighet (den positiva polen) till hat eller fientlighet (den negativa polen). Den lodräta axeln går från beroende till oberoende, och representerar hur självständig en person är. Modellen har 8 kluster; det första klustret är högst uppe i modellen, och sedan räknas klustren medsols (Armeliuss & Armeliuss, 2010; Benjamin, 2010). De två axlarna bildar fyra kluster: kluster 1 är högst upp, kluster 3 längst till höger, kluster 5 längst ner och kluster 7 längst till vänster. Kluster 2, kluster 4, kluster 6 och kluster 8 är kombinationer av de andra klustren. Kluster 2 är en kombination av kluster 1 och kluster 3, kluster 4 är en kombination av kluster 3 och kluster 5, kluster 6 är en kombination av kluster 5 och kluster 7, och kluster 8 är en kombination av kluster 7 och kluster 1. Klustren består av sammanlagt 36 punkter, och varje kluster är ett medeltal av fyra eller fem punkter. På högra sidan av modellen, där affiliationen är hög, är klustren positiva; detta gäller alltså kluster 2, kluster 3 och kluster 4. Kluster 6, kluster 7 och kluster 8 på vänstra sidan är negativa, eftersom affiliationen är låg och innebär att en person inte tycker om sig själv (Armeliuss & Armeliuss, 2010). Se Figur 1.

Exempelvis klustret längst ner kännetecknas av ordet "kontrollerar" som beskriver den första ytan, orden "ger efter" som beskriver den andra ytan och orden "kontrollerar sig själv" som beskriver den tredje ytan. Ordet "kontrollerar" på yta ett innebär att individen har kontroll över eller styr över en annan person (Benjamin, 1996); på den första ytan är det personen själv som agerar eller gör något, och kluster 5 förklarar i vilken grad en person har kontroll över en situation (Armeliuss & Armeliuss, 2010). Orden för den andra

yta i klustret längst ner är ”ger efter”, vilket innebär att man ger efter för en annan person (Benjamin, 1996). Denna yta beskriver hur en person reagerar i en situation, och kluster 5 beskriver hur mycket en person ger efter i en situation (Armeliuss & Armeliuss, 2010). På den tredje ytan beskriver klustret nederst hurdan självkontroll en person har (Benjamin, 1996) och förklarar i vilken grad personen kontrollerar sig själv i en situation; det förklarar till en del hurdan självbild en person har (Armeliuss & Armeliuss, 2010).



Figur 1. Klusterversionen av SASB-modellen. Fet stil=fokus agerar, understruket=fokus reagerar, kursiv stil=självbild. Ur Armeliuss & Armeliuss, 2010, sid. 5; Benjamin, 1993, sid. 54.

SASB kan användas vid bedömning av grupper eller individer. Bedömningen kan ske på tre olika sätt. Dessa är (1) observation, (2) genom att personen själv fyller i SASB självskattningsinstrumentet, eller (3) genom att någon annan bedömer och fyller i SASB frågeformuläret (Benjamin et al., 2006).

1.3.2 SASB-modellen och självbild

Den tredje ytan i SASB-modellen speglar en persons självbild (Armeliuss & Armeliuss, 2010) och det är ett verktyg som kan användas för att mäta självbilden (Armeliuss & Armeliuss, 2010; Benjamin et al., 2006). På den tredje ytan som speglar en persons

självbild är klustren följande: Det första klustret är ”fri och autonom”, det andra klustret är ”accepterar sig själv”, det tredje klustret är ”tycker om sig själv”, det fjärde klustret är ”tar hand om sig själv”, det femte klustret är ”kontrollerar sig själv”, det sjätte klustret är ”kritiserar sig själv”, det sjunde klustret är ”förstör sig själv” och åttonde klustret är ”försummar sig själv”. (Armeliu s & Armeliu s, 2010; Benjamin, 1996). För att mäta självbilden med SASB används självskattningsinstrumentet SASB Introjekt (Benjamin et al., 2006).

1.4 Begränsad litteratöversikt av forskningen på området

1.4.1 Syfte

Syftet med denna begränsade systematiska litteratöversikt är att få en inblick i den existerande forskningen om ätstörningar och självbild.

1.4.2 Metod

Sökningarna har gjorts i databaserna PubMed, PsycINFO, och Google Scholar. Sökorden som har använts är: ("eating disorder*" OR anorexia* OR bulimia* OR "binge eating disorder*") AND self-image.

Följande inklusion- och exklusionskriter har satts upp.

Inklusionskriterier:

- forskningen skall vara från år 2010 eller senare
- skall handla om självbild och ätstörningar
- skrivna på engelska

Exklusionskriterier:

- forskning som inte inkluderar självbild
- artiklar där SASB-metoden inte använts

För att sökningarna skulle resultera i de avsedda studierna, och för att underlätta valet av publikationer, specificerades sökningen ytterligare. Publikationerna som togs från PubMed skulle vara tidsskriftsartiklar. Ett annat krav var att söktermerna skulle finnas med i titeln eller abstraktet. Detta resulterade i 20 sökträffar, varav fyra publikationer

valdes med till denna begränsade systematiska litteraturöversikt. Sökningen utfördes 10.3.2018.

I databasen PsycINFO skulle söktermerna vara med i artikelns nyckelord och artiklarna skulle vara fackgranskade tidsskriftsartiklar. Sökningen med dessa kriterier gav 34 träffar. Av dessa 34 artiklar valdes en studie med till denna systematiska litteraturöversikt. Sökningen utfördes 10.3.2018.

I sökningen som gjordes i databasen Google Scholar skulle sökorden finnas med i rubriken. Sökningen gjordes 10.3.2018 och resulterade i 16 träffar. Av dessa publikationer valdes två med till denna systematiska översikt. Se Tabell 1 för en översikt över valda artiklar.

Tabell 1.

Val av undersökningar och publikationer

Databas	PubMed	PsycINFO	Google Scholar
Antalet sökträffar	20	34	16
Antal lästa titlar	20	34	16
Antal lästa abstrakt	16	10	7
Antal valda publikationer	4	1	2

Sökningarna utfördes i mars 2018, och under processen valdes det ut 7 undersökningar till den här begränsade systematiska litteraturöversikten. De valda studierna har publicerats under åren 2013-2018. Alla studier är gjorda i Sverige. Av publikationerna behandlade två undersökningar både kvinnor och män, medan fem av studierna endast fokuserade på kvinnor. Se Tabell 2 och Tabell 3 för mera information om studierna.

Tabell 2.

Systematisk litteraturöversikt – valda artiklar

Författare	Land	År	Titel	Kön	Databas
Runfola, C. D., Thornton, L. M., Pisetsky, E. M., Bulik, C. M., & Birgegård, A.	Sverige	2014	Self-image and suicide in a Swedish national eating disorders clinical register	Kvinnor	Google Scholar
Monell, E., Högdahl, L., Mantilla, E. F., & Birgegård, A.	Sverige	2015	Emotion dysregulation, self-image and eating disorder symptoms in University Women	Kvinnor	Google Scholar
Mantilla, E. F., Bergsten, K., & Birgegård, A.	Sverige	2014	Self-image and eating disorder symptoms in normal and clinical adolescents	Flickor och pojkar	Psyc-INFO
Mantilla, E. F., & Birgegård, A.	Sverige	2015	The enemy within: the association between self-image and eating disorder symptoms in healthy, non help-seeking and clinical young women	Flickor/ Kvinnor	PubMed
Karlsson, G. P., Clinton, D., & Nevenon, L.	Sverige	2013	Prediction of weight increase in anorexia nervosa.	Flickor/ Kvinnor	PubMed
Andersén, M., & Birgegård, A.	Sverige	2017	Diagnosis-specific self-image predicts longitudinal suicidal ideation in adult eating disorders.	Flickor/ Kvinnor, Pojkar/ Män	PubMed
Forsén Mantilla, E., Clinton, D., & Birgegård, A.	Sverige	2018	Insidious: The relationship patients have with their eating disorders and its impact on symptoms, duration of illness, and self-image.	Flickor/ Kvinnor	PubMed

Tabell 3.

Översikt över valda artiklar.

Författare	Kvin- nor/ Flickor	Män/ Pojkar	Ålder (år)	SASB- modellen	Normalt sempel	Friskt sempel	Sempel som ej söker hjälp	Klin- iskt sempel
Runfola, C. D., Thornton, L. M., Pisetsky, E. M., Bulik, C. M., & Birgegård, A.	JA	NEJ	12-45 M= 22,1	JA	NEJ	NEJ	NEJ	JA
Monell, E., Högdahl, L., Mantilla, E. F., & Birgegård, A.	JA	NEJ	19-35 M= 23,7	JA	JA	NEJ	NEJ	NEJ
Mantilla, E. F., Bergsten, K., & Birgegård, A.	JA	JA	13-15	JA	JA	NEJ	NEJ	JA
Mantilla, E. F., & Birgegård, A.	JA	NEJ	16-25	JA	NEJ	JA	JA	JA
Karlsson, G. P., Clinton, D., & Nevonen, L.	JA	NEJ	18-46 M= 23,9	JA	NEJ	NEJ	NEJ	JA
Andersén, M., & Birgegård, A.	JA	JA	18-68 M= 26,3	JA	NEJ	NEJ	NEJ	JA
Forsén Mantilla, E., Clinton, D., & Birgegård, A.	JA	NEJ	16-25 M= 20,5	JA	NEJ	NEJ	NEJ	JA

Normalt sampel = personerna i detta sampel är skolelever eller studerande från svenska skolor eller universitet.

Friskt sampel=Personerna i detta sampel har ingen ätstörning

Sempel som ej söker hjälp = Personerna har inte sökt hjälp för en ätstörning men verkar ha allvarliga problem med ätandet

Kliniskt sampel = Personerna i detta sampel har en ätstörning

1.4.3 Sammandrag

Flera undersökningar visar att negativ självbild och ätstörningar har ett samband (Mantilla, Bergsten, & Birgegård, 2014; Mantilla & Birgegård, 2015; Monell, Högdahl, Mantilla, & Birgegård, 2015; Runfola, Thornton, Pisetsky, Bulik, & Birgegård, 2014). Personer som inte har någon ätstörning har överlag en positiv självbild, medan personer som har en ätstörning eller ätstörningsproblematik har en mera negativ självbild (Mantilla & Birgegård, 2015). I en studie där det undersökts kvinnor från Sverige som har en ätstörningsdiagnos framkommer det att alla ätstörningsdiagnoser kännetecknas av en negativ självbild (Runfola et al., 2014). Även en annan svensk studie visar att ätstörningar och negativ självbild har ett samband. Ju mera negativ självbild en person har, desto mera ätstörningssymtom har personen. Detta gällde både friska och insjuknade, samt personer i olika åldrar (Monell et al., 2015). Detta samband fanns hos både flickor och pojkar, men sambandet hos flickorna var tre gånger starkare än hos pojkarna (Mantilla et al., 2014).

Särskilda variabler i självbilden som undersökts med självskattningsinstrumentet SASBs tredje yta har ett samband med ätstörningssymtom både hos friska individer och hos personer med en ätstörningsdiagnos (Mantilla et al., 2014; Mantilla & Birgegård, 2015). Detta samband fanns hos både flickor och pojkar. En studie i vilken två sampel i åldern 13-15 år undersöktes, ett "normalt sampel" med elever från svenska skolor och ett "kliniskt sampel" med personer som insjuknat i en ätstörning, visade att inom det normala samplet hade 82 % av flickorna och 95 % av pojkarna en positiv självbild. I det kliniska samplet hade 47 % av flickorna och 81 % av pojkarna en positiv självbild. I det normala samplet hade 24 % av flickorna ätstörningssymtom på risknivå, medan motsvarande siffra hos pojkarna var 18 % (Mantilla et al., 2014).

Det fanns vissa skillnader mellan könen samt mellan friska personer och personer med ätstörningar beträffande vilka kluster i SASB modellen som hade det starkaste sambandet med ätstörningssymtom. Både hos flickorna och pojkarna var det främst kluster två ("accepterar sig själv") och kluster sex ("kritiserar sig själv") som visade ett signifikant samband med totalpoängen i Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q), men även i viss mån kluster tre ("tycker om sig själv"). EDE-Q är ett självskattningsinstrument som utreder respondenternas ätbeteende och eventuella ätstörningssymtom. Ett signifikant samband mellan ätstörningssymtom och kluster två samt kluster sex förekom hos båda könen och bland insjuknade, både i kliniska och normala sampel. En person som inte accepterar sig själv och som ofta kritiserar sig själv

har egenskaper som bidrar till ätstörningssymtom. Kluster tre hade ett signifikant samband med ätstörningssymtom hos en del av det kliniska samplet och hos en del av samplet som ej söker hjälp. Att inte tycka om sig själv kan således ha ett samband med ätstörningssymtom (Mantilla et al., 2014; Mantilla & Birgegård, 2015). Sambandet var svagare hos äldre respondenter, och likaså hos personer i det friska samplet (Mantilla & Birgegård, 2015).

Det fanns vissa skillnader i självbilden hos personer med olika ätstörningsdiagnoser och i olika åldrar. För kvinnor i åldern 16-18 år med anorexia nervosa var det kluster två ("accepterar sig själv") och kluster sex ("kritiserar sig själv") som hade ett starkt samband med ätstörningsproblematiken medan det för 19-25 år gamla kvinnor med samma ätstörning var kluster tre ("tycker om sig själv") och kluster sex ("kritiserar sig själv") som till stor del bidrog till ätstörningssymtomen. Hos den yngre gruppen med bulimia nervosa var det kluster tre och kluster sex som mest bidrog till ätstörningssymtomen, medan det hos den äldre gruppen var kluster tre, kluster sex och kluster sju som visade ett samband (Mantilla & Birgegård, 2015).

En studie där självbilden hos kvinnor i ålder 16-25 år med olika ätstörningsdiagnoser jämfördes, visade att personer som hade bulimia nervosa överlag hade sämre självbild än personer med andra ätstörningar. Dessutom hade de med bulimia nervosa högst poäng i EDEQ-testet jämfört med personer med andra ätstörningsdiagnoser (Mantilla & Birgegård, 2015).

Anderséns och Birgegårds (2017) studie om självbildens samband med självmordsbenägenhet hos ätstörningspatienter visade att en negativ självbild som kännetecknades av att en person inte uppskattade sig själv, klandrade sig och inte klarade av att skydda sig själv, ofta hade ett samband med självmordsbenägenhet. En positiv självbild däremot hade den motsatta effekten och motverkade suicidalitet (Andersén & Birgegård, 2017).

En studie som utförts i Sverige visade att negativ självbild och många ätstörningssymtom hade ett samband med låg affiliation och ätstörningens maktgrepp om en person. Dessa aspekter kunde bidra till att sjukdomstillståndet bibehölls (Forsén Mantilla, Clinton, & Birgegård, 2017). För att kunna bli frisk från anorexia nervosa är det viktigt att gå upp i vikt. En svensk studie visade att självbilden påverkade viktuppgången och således tillfrisknandet från anorexia nervosa. En negativ självbild minskade sannolikheten för att klara av att gå upp i vikt. Speciellt kluster ett ("fri och autonom") och kluster åtta ("försummar sig själv") i SASB-modellen var egenskaper som i hög grad

kunde förutsäga hur viktuppgången kommer att lyckas (Karlsson, Clinton, & Nevenon, 2013).

1.5 Hypoteser och frågeställningar

Hypotes 1: Ätstörningar och självbild har ett samband.

Hypotes 2: Kvinnor eller flickor har mera ätstörningar och ätstörningsproblematik än pojkar.

Hypotes 3: Främst kluster två, kluster tre och kluster sex har ett samband med ätstörningar.

2. Metod

2.1 Sampel

I undersökningen deltog 283 elever från två gymnasier i Österbotten, ett svenskspråkigt och ett finskspråkigt. Av deltagarna var 188 stycken svenskspråkiga och 95 stycken finskspråkiga. Av de svenskspråkiga var 89 stycken män och 98 stycken kvinnor. Av respondenterna som gick i finskspråkigt gymnasium var 33 stycken män och 62 stycken kvinnor. Informationen om kön saknas hos en svenskspråkig respondent.

I det svenskspråkiga gymnasiet svarade 188 elever på undersökningen. En klass erbjöds inte möjligheten att delta. Svarsprocenten är svår att veta eftersom man inte fick uppgifter om hur många som erbjöds möjligheten att svara på undersökningen, men svarsprocenten torde ligga mellan 70-80 %. Av de finskspråkiga eleverna svarade alla som var på plats, dvs. 95 stycken. Gymnasieskolan hade 120 elever. Svarsprocenten i den finskspråkiga gymnasieskolan var ca 80 %.

Medelåldern för samplet var 17 år. Det fanns inga signifikanta ålderskillnader mellan grupperna.

2.2 Procedur

Materialet har samlats in av Fredrikakliniken och utgjorde en del av ett större projekt om självbild och ätbeteende. Denna undersökning är en del av utvecklandet av SASB-självskattningsinstrumentet på finska under ledning av Rasmus Isomaa.

Undersökningen genomfördes under en skoldag i december 2015. Respondenterna var anonyma och svaren returnerades i slutna kuvert, vilket innebär att lärarna inte hade möjlighet att se hur någon deltagare hade svarat. Alla deltagare fick information om

studien via ett foljebrev och kunde sedan fritt välja ifall de önskade delta eller inte. Undersökningen hade på förhand godkänts av skoldirektören och skolornas rektorer.

2.3 Instrument

Undersökningen bestod av fyra självskattningsinstrument. Ett av dem innehöll frågor om hälsotillstånd och ätande för att få bakgrundsuppgifter om respondenterna. De andra innehöll frågor om ätstörningssymtom och ätbeteende (EDE-Q), hur vardagen påverkas av respondenternas ätbeteende (CIA) och frågor om självbild och självregleringsstil (SASB). Alla självskattningsinstrument som använts i undersökningen finns som bilaga i slutet av avhandlingen.

2.3.1 *Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q)*

Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) är ett självskattningsinstrument som använts för att undersöka respondenternas ätbeteende och ätstörningssymtom (Fairburn & Beglin, 2008; Fairburn & Beglin, 1994; Welch, Birgegård, Parling, & Ghaderi, 2011). Självskattningsinstrumentet består av 28 frågor som mäter ätstörningssymtom och fokuserar på de senaste 28 dagarna. Förutom dessa frågor finns det fem andra frågor, bland annat efterfrågas respondentens vikt och längd. Med hjälp av EDE-Q kan man bedöma om en person har problem med ätandet och om personen försöker ändra på sitt utseende genom att begränsa eller försöka begränsa ätandet. Den mäter även i hur stor grad respondenten är bekymrad över kroppens utseende och vikt. EDE-Q kan delas in i fyra delskalor: återhållet ätande, ätbekymmer, kropps- och figurbekymmer samt viktbekymmer. Se Bilaga 1 för den svenskspråkiga versionen och Bilaga 4 för den finskspråkiga versionen av EDE-Q. Reliabiliteten var hög för alla fyra delskalor. Cronbachs alfa var .86 för delskalorna återhållet ätande och ätbekymmer. För delskalan kropps- och figurbekymmer var Cronbachs alfa .94 och för viktbekymmer var Cronbachs alfa .88. Medelvärde för alla delskalor var .96. Inga meningsfulla språkgruppskillnader fanns.

2.3.2 *The Clinical Impairment Assessment Questionnaire (CIA)*

The Clinical Impairment Assessment Questionnaire (CIA) (Welch et al., 2011) är ett självskattningsinstrument innehållande 16 frågor. Alla frågor har fyra svarsalternativ: inte alls, lite, ganska mycket eller mycket. Svaren skall ges med tanke på hur det varit de

senaste 28 dagarna. Med hjälp av CIA undersöker man hur en persons ätbeteende, motionsvanor, kroppsform och vikt har inverkat på personens vardag de senaste 28 dagarna, samt hur mycket aspekter som har att göra med vikten, kroppsformen och ätandet har inverkat på respondentens vardag. CIA mäter på tre olika nivåer hur ätstörningsproblematiken inverkar på personens liv. Dessa tre nivåer är vardagslivet, kognitiv funktionsförmåga och sociala relationer (Bohn & Fairburn, 2008). Se Bilaga 2 för den svenskspråkiga versionen och Bilaga 5 för den finskspråkiga versionen av CIA. Cronbachs alfa för hela samplet var .96. Inga meningsfulla språkgruppskillnader fanns.

2.3.3 *Structural Analysis of Social Behavior (SASB)*

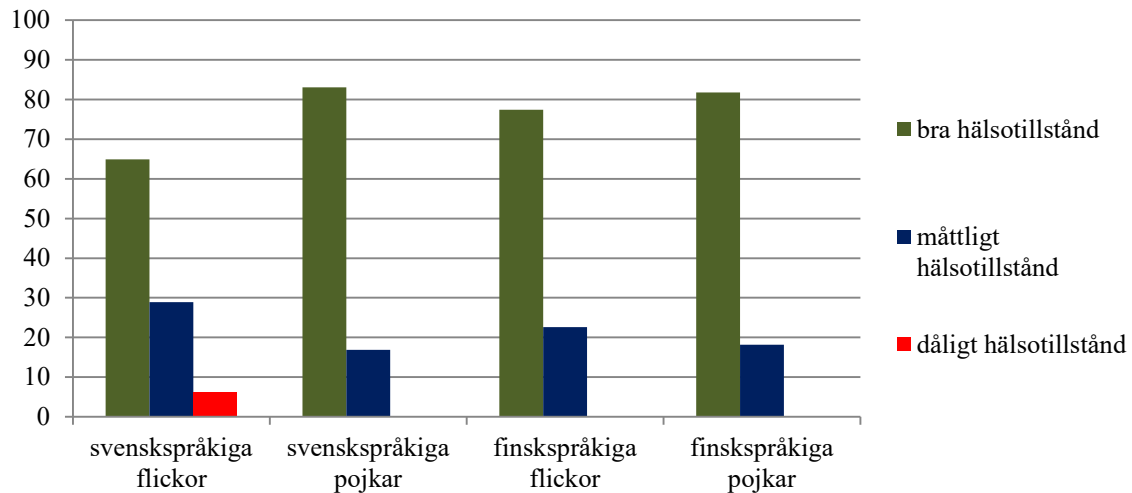
I denna undersökning har självbilden undersökts med hjälp av SASB modellens tredje yta som mäter hurdan självbild en person har (Benjamin et al., 2006). Självskattningsinstrumentet innehåller 36 frågor eller påståenden och svaret ges på en skala mellan 0 och 100, med 10 poängs mellanrum. Skattningen går från 0 som innebär att påståendet inte alls stämmer, till 100 vilket innebär att påståendet stämmer helt. Om svaret är mellan 50 och 100 stämmer påståendet och om svaret är mellan 0 och 40 stämmer det inte. Se Bilaga 3 för den svenskspråkiga versionen och Bilaga 6 för den finskspråkiga versionen av SASB. Cronbachs alfa är $>.70$ för svenskspråkiga i alla kluster utom kluster ett. Kluster ett har Cronbachs alfa .58. För finskspråkiga är Cronbachs alfa $>.70$ i alla kluster utom kluster ett och kluster fyra. Kluster ett har Cronbachs alfa .45, och kluster fyra har Cronbachs alfa .60. Problem med reliabiliteten i SASB kan delvis förklaras av instrumentets uppbyggnad, och motsvarande problem har också påvisats i andra studier (Forsén Mantilla, 2017)

3. Resultat

3.1 Hälsotillstånd och ätande

Majoriteten i detta sampel, både flickorna och pojkarna i båda språkgrupperna, uppgav att de tycker att deras hälsotillstånd är bra. De svenskspråkiga flickornas uppgav att deras hälsotillstånd var sämst av alla fyra grupper. Av hela samplet var det 212 personer som upplevde att de hade ett bra hälsotillstånd, 63 stycken upplevde att deras hälsotillstånd var måttligt och 6 respondenter upplevde att deras hälsotillstånd var dåligt. Se Figur 2. Könsskillnaderna hos det svenskspråkiga samplet var signifikanta gällande

hälsotillståndet, $\chi^2_{(2)} = 10.49$, $p < .01$. Hos finskspråkiga samplet fanns det inga signifikanta könsskillnader beträffande hälsotillståndet $\chi^2_{(2)} = 0.25$, ns .

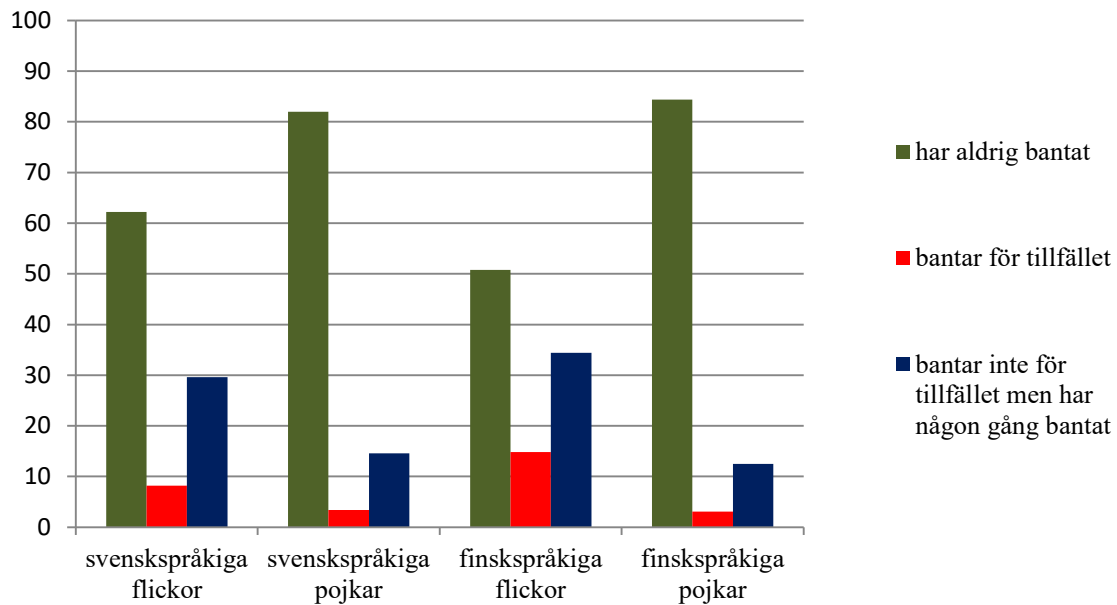


Figur 2. Skillnader i upplevt hälsotillstånd bland svenskspråkiga flickor ($n = 97$) och pojkar ($n = 89$) samt finskspråkiga flickor ($n = 62$) och pojkar ($n = 33$).

De allra flesta uppgav att de inte följde någon speciell diet. Bland de svenskspråkiga flickorna följde 15,3 % en diet medan de resterande uppgav att de inte följde någon diet. Av de svenskspråkiga pojkarna följde 7,9 % någon speciell diet. Inga signifikanta skillnader mellan könen förekom inom det svenskspråkiga samplet [$\chi^2_{(1)} = 2.49$, $p = .115$].

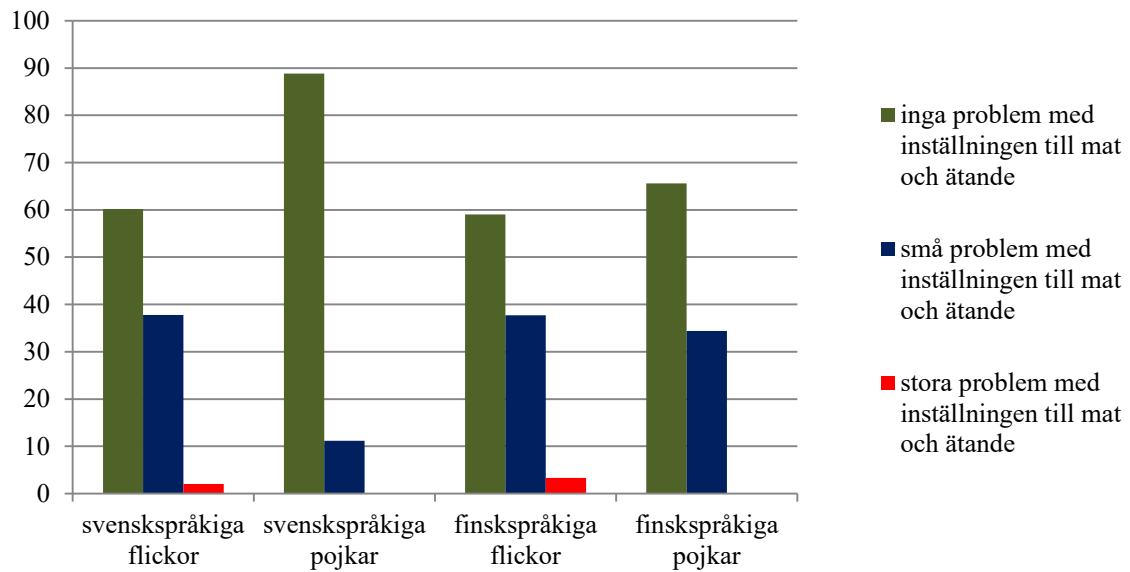
De finskspråkiga flickorna hade den största andelen som följde en specialdiet. Av det finskspråkiga samplet följde 21,0 % av flickorna och 3,1 % av pojkarna någon diet. Inom det finskspråkiga samplet förekom signifikanta könsskillnader beträffande dieten [$\chi^2_{(1)} = 5.30$, $p < .05$].

Både bland de svenskspråkiga och finskspråkiga var det flickorna som i högre grad bantat eller försökt gå ner i vikt. Hos pojkarna var det inte lika ofta förekommande. Se Figur 3. Skillnaden mellan könen bland de svenskspråkiga var signifikant [$\chi^2_{(2)} = 9.03$, $p < .05$]. Nästan hälften av de finskspråkiga flickorna uppgav att de någon gång bantat, och det var även den grupp som hade den minsta andelen respondenter som aldrig bantat. Skillnaden mellan könen i det finskspråkiga samplet var signifikant [$\chi^2_{(2)} = 10.18$, $p < .01$].



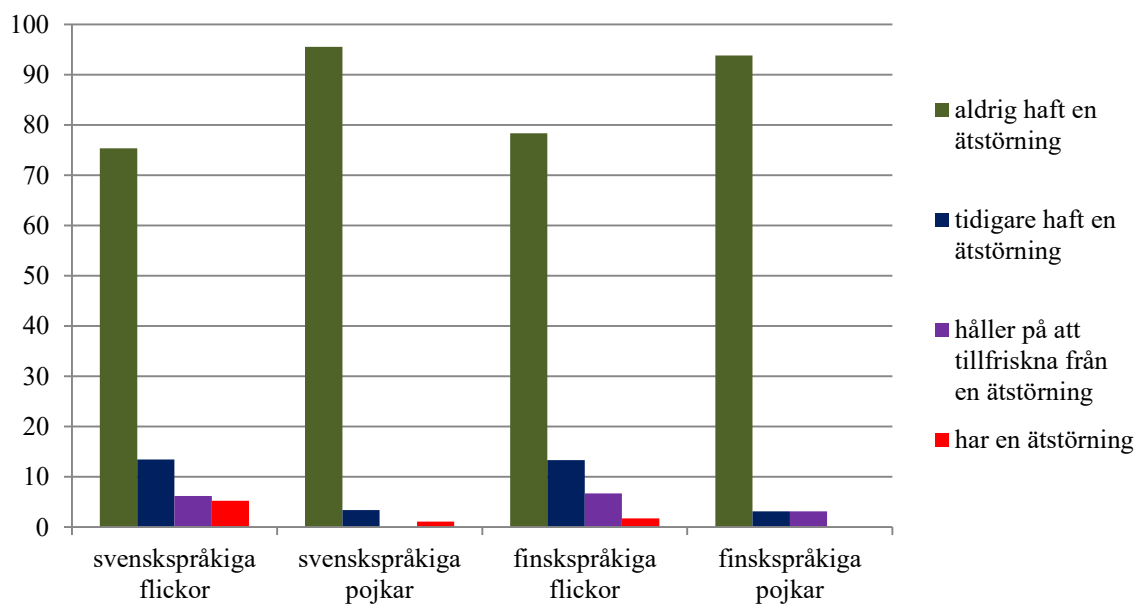
Figur 3. Uppgifter om bantande bland svenskspråkiga flickor ($n = 98$) och pojkar ($n = 89$) samt finskspråkiga flickor ($n = 61$) och pojkar ($n = 32$).

Pojkarna hade överlag mindre problem med inställningen till mat och ätande jämfört med flickorna. Flickorna i de båda språkgrupperna hade liknande resultat, medan skillnaden mellan de svenskspråkiga pojkarna och de finskspråkiga pojkarna var större, såtillvida att de finskspråkiga pojkarna hade mera problem med inställningen till mat och ätande än de svenskspråkiga pojkarna. Se Figur 4. Skillnaden mellan flickorna och pojkarna i det svenskspråkiga samplet var signifikant [$\chi^2_{(2)} = 20.02, p < .001$]. I det finskspråkiga samplet var inställningen till mat och ätande liknande bland flickorna och pojkarna, och det fanns inga signifikanta skillnader mellan könen [$\chi^2_{(2)} = 1.26, p = .532$].



Figur 4. Inställningen till mat och ätande bland svenskspråkiga flickor ($n = 98$) och pojkar ($n = 89$) samt finskspråkiga flickor ($n = 61$) och pojkar ($n = 32$).

Ätstörningar förekom i högre grad hos flickorna än hos pojkarna. Mest ätstörningar förekom bland de svenskspråkiga flickorna. Se Figur 5. Skillnaderna mellan könen bland de svenskspråkiga var signifikant [$\chi^2_{(3)} = 15.51, p < .001$]. Inom det finskspråkiga samplet var skillnaden mellan könen inte signifikant [$\chi^2_{(2)} = 3.83, p = .280$].

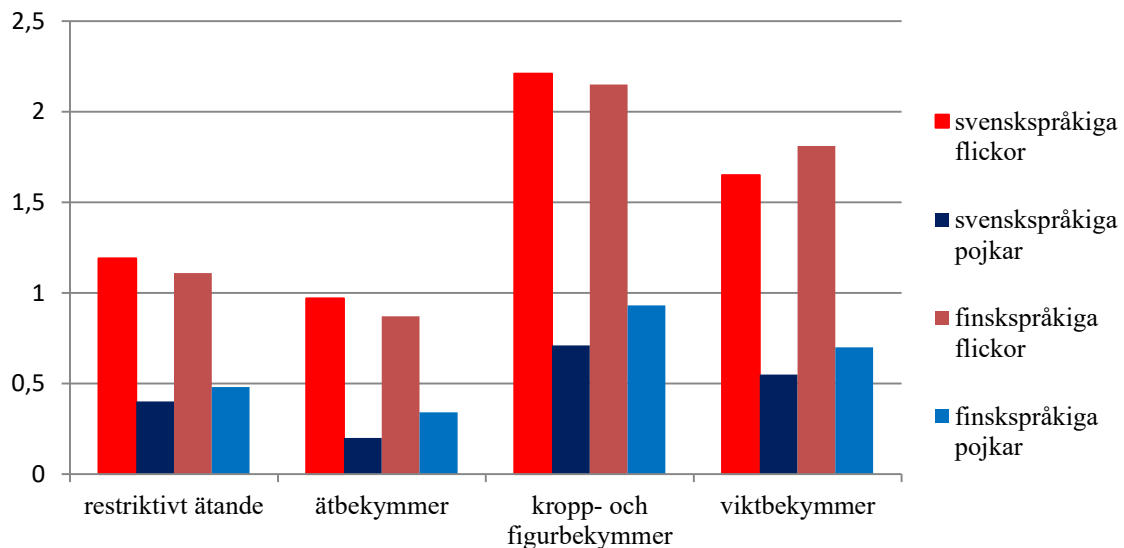


Figur 5. Självskattad förekomst av ätstörningar bland svenskspråkiga flickor ($n = 97$) och pojkar ($n = 89$) samt finskspråkiga flickor ($n = 60$) och pojkar ($n = 32$).

3.2 Ätbeteende och ätstörningssymtom

Flickorna uppvisade betydligt mera ätstörningssymtom, enligt EDE-Q, än pojkarna, se Figur 6. Flickorna hade mera problem med ätandet jämfört med pojkarna i alla fyra kategorier (begränsat ätande, ätbekymmer, kropp- och figurbekymmer, viktbekymmer), och detta gällde hos båda språkgrupperna. Den multivariata könsskillnaden var signifikant [$F_{(4, 272)} = 11.77, p < .001, \eta^2_p = .15$]. Enligt det multivariata testet var språkskillnaden inte signifikant [$F_{(4, 272)} = 0.41, p = .80, \eta^2_p = .01$].

Flickorna begränsade sitt matintag betydligt mera än pojkarna och könsskillnaderna beträffande restriktivt ätande var signifikanta, [$F_{(1, 275)} = 20.61, p < .001, \eta^2_p = .07$]. Flickorna hade i mycket högre grad bekymmer med ätandet än pojkarna. Könsskillnaden beträffande ätbekymmer var signifikant [$F_{(1, 275)} = 21.86, p < .001, \eta^2_p = .07$]. Flickorna hade även mera bekymmer med kroppens utseende än pojkarna. Könsskillnaden beträffande kropp- och figurbekymmer var signifikant [$F_{(1, 275)} = 46.58, p < .001, \eta^2_p = .15$]. Flickorna hade mera bekymmer med vikten jämfört med pojkarna, och könsskillnaden var signifikant [$F_{(1, 275)} = 36.36, p < .001, \eta^2_p = .12$].



Figur 6. Ätstörningssymtom bland svenskspråkiga flickor ($n = 98$) och pojkar ($n = 88$) samt finskspråkiga flickor ($n = 61$) och pojkar ($n = 32$).

Även enligt EDE-Q undersökningens totalpoäng hade flickorna mera ätstörningssymtom än pojkarna, se Tabell 4.

Tabell 4.

Medelvärde och standardavvikelse i EDE-Q-undersökningen bland svenskspråkiga flickor (n = 98) och pojkar (n = 88) samt finskspråkiga flickor (n = 61) och pojkar (n = 32).

	svenskspråkiga flickor	svenskspråkiga pojkar	finskspråkiga flickor	finskspråkiga pojkar
<i>M</i>	1,51	0,46	1,48	0,61
<i>SD</i>	1,47	0,71	1,30	0,79

Ätbeteendet, motionsvanorna samt kroppsformen och vikten hade påverkat flickornas vardag mest medan pojkarna i båda språkgrupperna påverkats betydligt mindre. Se Tabell 5. Könsskillnaderna beträffande hur mycket ätbeteendet, motionsvanorna, kroppsformen och vikten hade påverkat respondenternas vardag var signifikanta, [$F_{(1, 265)} = 21.00, p < .001, \eta^2_p = .07$].

Tabell 5.

Medelvärde och standardavvikelse i CIA-undersökningen bland svenskspråkiga flickor (n = 93) och pojkar (n = 86) samt finskspråkiga flickor (n = 59) och pojkar (n = 31).

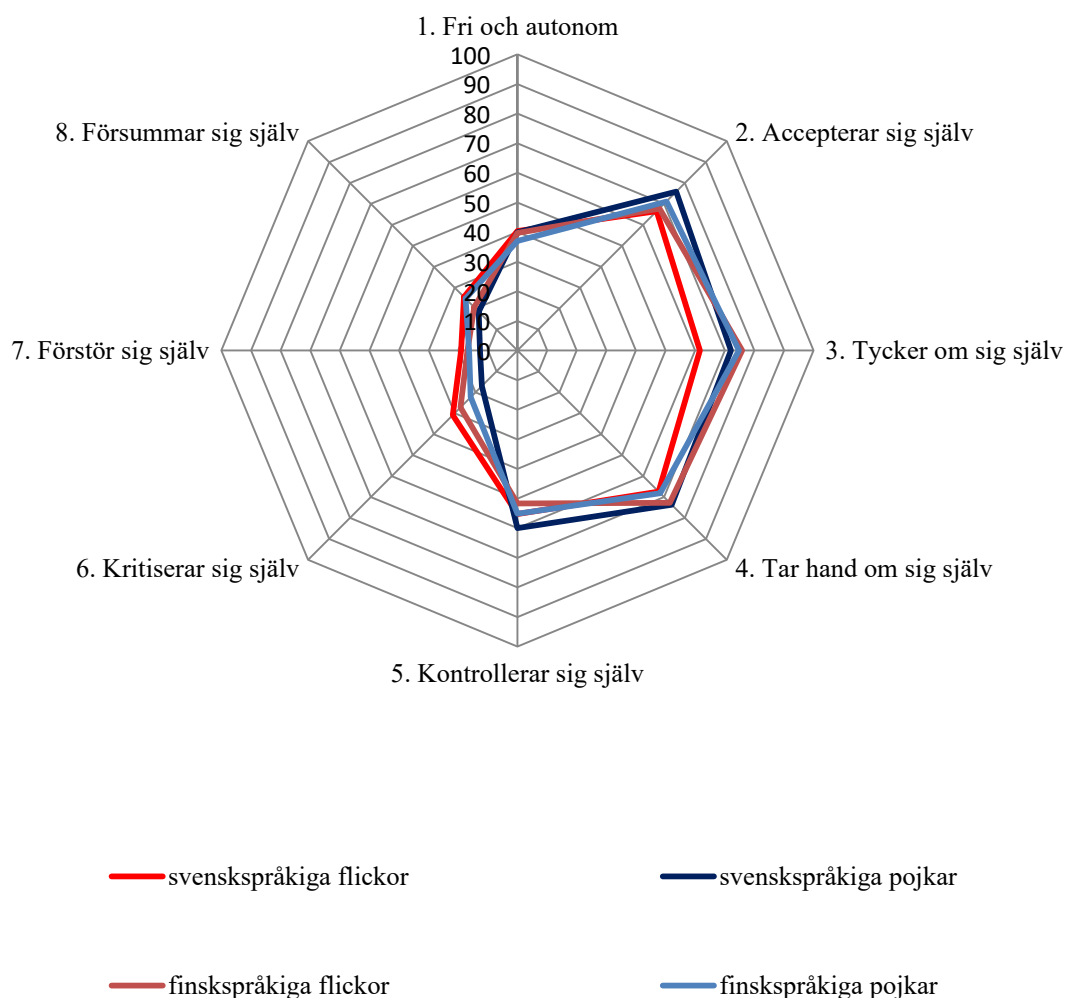
	svenskspråkiga flickor	svenskspråkiga pojkar	finskspråkiga flickor	finskspråkiga pojkar
<i>M</i>	10,44	3,74	7,53	3,13
<i>SD</i>	11,52	6,57	8,73	6,85

3.3 Självbild

Både flickorna och pojkarna i båda språkgrupperna hade överlag en positiv självbild med högre värden på de positiva klustren (kluster två, tre och fyra) och lägre värden på de negativa klustren (kluster sex, sju och åtta). De svenskspråkiga flickorna hade den mest negativa självbilden med de lägsta värdena på de positiva klustren och de högsta värdena på de negativa klustren, Se Figur 7. De multivariata könsskillnaderna i SASB var

signifikanta, [$F_{(8, 266)} = 2.94, p < .01, \eta^2_p = .08$] och förklarades främst av kluster två, det vill säga ”accepterar sig själv”, [$F_{(1, 273)} = 4.68, p < 0.05, \eta^2_p = .02$] och i kluster sex, det vill säga ”kritiserar sig själv”, [$F_{(1, 273)} = 9.36, p < .01, \eta^2_p = .03$].

Multivariata språkgruppsskillnaderna i SASB var signifikanta, [$F_{(8, 266)} = 8.82, p < .001, \eta^2_p = .21$]. I kluster tre, det vill säga ”tycker om sig själv”, fanns signifikanta språkgruppsskillnader, [$F_{(1, 273)} = 9.81, p < .01, \eta^2_p = .04$].



Figur 7 Självbilden enligt SASB modellen bland svenskspråkiga flickor ($n = 97$) och pojkar ($n = 88$) samt finskspråkiga flickor ($n = 61$) och pojkar ($n = 31$).

3.4 Självbild och ätstörning

Bland flickorna fanns det ett måttligt starkt signifikant negativt samband mellan ätstörningssymtom och kluster två, kluster tre och kluster fyra. Kluster sex, kluster sju och kluster åtta hade ett måttligt starkt signifikant samband med ätstörningssymtom. Även kluster fem hade ett signifikant positivt samband, men det var inte lika starkt. Se Tabell 6.

Tabell 6

Korrelationen mellan SASB-klustren och ätstörningssymtom bland flickor (n = 160)

SASB kluster 1-8	EDE-Q-resultat	CIA-resultat
1. Fri och autonom	-.09	-.08
2. Accepterar sig själv	-.53***	-.59***
3. Tycker om sig själv	-.53***	-.61***
4. Tar hand om sig själv	-.32***	-.50***
5. Kontrollerar sig själv	.23**	.20*
6. Kritiserar sig själv	.62***	.64***
7. Förstör sig själv	.56***	.64***
8. Försummar sig själv	.46***	.50***

*** $p \leq .001$, ** $p \leq .01$, * $p \leq .05$

Bland pojkarna fanns det ett svagt signifikant negativt samband mellan ätstörningssymtom och klustren två och tre. Även kluster fyra hade ett negativt signifikant samband med ätstörningssymtom, men korrelationen var svag. Klustren sex, sju och åtta hade alla signifikanta positiva samband med ätstörningssymtom. Se Tabell 7. Personer som i högre grad accepterade sig själv, tyckte om sig själv och tog hand om sig själv hade mindre ätstörningssymtom än personer med lägre värden på de positiva klustren. De som i högre grad kontrollerade sig själv, kritiserade sig själv, förstörde sig själv och försummade sig själv hade också mera ätstörningssymtom, medan de som inte gjorde det hade färre ätstörningssymtom. Korrelationen mellan de olika klustren i SASB och totalpoängen i både EDE-Q och CIA var starkare bland flickorna än bland pojkarna.

Tabell 7

Korrelationen mellan SASB-klustren och ätstörningssymtom bland pojkar (n = 122)

SASB kluster 1-8	EDE-Q-resultat	CIA-resultat
1. Fri och autonom	-.03	.04
2. Accepterar sig själv	-.37***	-.34***
3. Tycker om sig själv	-.32***	-.33***
4. Tar hand om sig själv	-.23*	-.12
5. Kontrollerar sig själv	-.02	-.00
6. Kritiserar sig själv	.30***	.46***
7. Förstör sig själv	.38***	.40***
8. Försummar sig själv	.30***	.28**

*** $p \leq .001$, ** $p \leq .01$, * $p \leq .05$

4. Diskussion

4.1 Sammanfattning av resultaten

Inom det svenskspråkiga samplet uppgav flickorna att de hade ett sämre hälsotillstånd än pojkarna. Genom hela undersökningen hade flickorna mera problem med hälsan och mera ätstörningssymtom än pojkarna. Pojkarna hade inte bantat eller försökt gå ner i vikt i lika hög grad som flickorna, och i det svenskspråkiga samplet hade flickorna mera problem med inställningen till mat och ätande än pojkarna. De svenskspråkiga flickorna hade även mera ätstörningar än svenskspråkiga pojkarna.

EDE-Q visade att flickorna hade betydligt mera ätstörningssymtom än pojkarna enligt alla kategorier, det vill säga begränsat ätande, ätbekymmer, kropp- och figurbekymmer samt viktbekymmer. Även analysen av självskattningsinstrumentet CIA påvisade könsskillnader. Ätbeteendet, motionsvanorna samt kroppsformen och vikten hade påverkat flickornas vardag mera, medan pojkarna i båda språkgrupperna hade påverkats betydligt mindre.

SASB visade att det fanns könsskillnader i självbilden. Skillnader mellan könen fanns framförallt i kluster två ("accepterar sig själv") och kluster sex ("kritiserar sig själv"). Skillnader mellan de svenskspråkiga och de finskspråkiga fanns i kluster tre ("tycker om sig själv"). De positiva klustren, kluster två, kluster tre och kluster fyra, hade bland flickorna ett måttligt starkt negativt samband med ätstörningssymtom. På motsvarande

sätt hade klustren sex, sju och åtta måttligt starka positiva samband med ätstörningssymtom. För pojkarna var resultaten liknande, men korrelationerna var inte lika starka. Bland pojkarna hade klustren två och tre negativa samband med ätstörningssymtom. Positiva samband fanns mellan ätstörningssymtom och klustren sex, sju och åtta.

4.2 Resultaten i förhållande till tidigare forskning

Resultaten i föreliggande undersökning stämmer väl överens med tidigare forskning. I den här undersökningen var det genomgående flickorna som hade mera problem med ätandet jämfört med pojkarna. Tidigare forskning visar också att flickor i högre grad har ätstörningssymtom än pojkarna. I en studie utförd i Sverige hade nästan en fjärdedel av flickorna ätstörningssymtom, och hos pojkarna var motsvarande siffra 18 % (Mantilla et al., 2014). Detta gällde ett sampel vars respondenter var skolelever i Sverige, och resultaten kan därmed bra jämföras med den här undersökningen. På samma sätt som i den här undersökningen visar flera tidigare undersökningar att negativ självbild och ätstörningar har ett samband (Mantilla et al., 2014; Mantilla & Birgegård, 2015; Monell et al., 2015; Runfola et al., 2014). Ju mera negativ självbild en person har, desto mera ätstörningssymtom har personen. Sambandet gällde såväl friska som insjuknade (Monell et al., 2015). Det här sambandet förekom både hos flickor och pojkar, men hos flickorna var sambandet tre gånger starkare än hos pojkarna (Mantilla et al., 2014). Enligt en tidigare undersökning förekommer det vissa skillnader mellan könen och mellan friska personer och personer med ätstörningar beträffande vilka kluster i SASB modellen som har det starkaste sambandet med ätstörningssymtom. I samma studie fanns ett ”normalt sampel” som bestod av elever från skolor i Sverige. För det normala samplet visade kluster två (”accepterar sig själv”) och kluster sex (”kritiserar sig själv”) ett signifikant samband hos både pojkar och flickor med totalpoängen i EDE-Q. De två klustren hade alltså ett starkt samband med ätstörningssymtom (Mantilla et al., 2014). I denna studie hade också kluster två och kluster sex ett samband med ätstörningssymtom, men det hade även andra kluster.

4.3 Undersökningens kliniska implikationer

Undersökningens resultat visar ett tydligt samband mellan ätstörningar och en negativ självbild. Detta är till stor nytta både i förebyggande syfte och vid behandling av

ätstörningar. Då självbilden undersöks med hjälp av SASB modellen kan man se vilka delar av självbilden som är negativ, och därmed vad man borde fokusera på under behandling eller i förebyggande syfte. Personer som i högre grad accepterar sig själv, tycker om sig själv och tar hand om sig själv har mindre ätstörningssymtom än de som inte gör det. De som i högre grad kontrollerar sig själv, kritiserar sig själv, förstör sig själv och försummar sig själv har också mera ätstörningssymtom, medan de som inte gör det har färre symtom. Eftersom sambandet mellan ätstörningssymtom och negativ självbild förekommer också hos normala individer, kunde man i förebyggande syfte arbeta med självbilden för att undvika att en person ska insjukna i en ätstörning. Det är även viktigt för en person med ätstörningsproblematik att arbeta med självbilden för att kunna bli frisk.

4.4 Undersökningens begränsningar

Undersökningen ger viktig information om sambandet mellan självbild och ätstörningar, men den har även en del begränsningar. Den här undersökningens sampel bestod av två skolor i Österbotten, en finskspråkig och en svenskspråkig, vilket innebär att antalet respondenter var ganska litet. Speciellt det finskspråkiga samplet var litet och bestod av 95 individer. Det behövs mera forskning inom ämnet för att se om resultat är liknande på andra orter och andra sampel.

Flickorna mådde sämre på alla områden i den här undersökningen. De hade mera ätstörningssymtom, deras vardag påverkades mera av ätbeteendet, motionsvanorna, kroppsformen samt vikten, och de hade mera ätstörningar än pojkarna. Resultatet från EDE-Q påvisade stora skillnader mellan flickorna och pojkarna i detta sampel. I den här undersökningen fokuserade en del av frågorna på strävan efter att gå ner i vikt, vilket i dagens västerländska samhälle kan vara mera typiskt för flickor än för pojkar. Ifall det skulle finnas frågor om exempelvis strävan efter en muskulös kropp istället för en smal kropp skulle resultatet kunna se annorlunda ut och könsskillnaderna vara mindre. Tidigare forskning visar att en betydande del av männen uppvisar ätstörningssymtom i strävan efter en muskulös kropp som passar in i det manliga kroppsidealet (Lavender, Brown, & Murray, 2017).

Den finska versionen av självskattningsinstrumentet SASB är fortfarande under konstruktion och den här undersökningen utgör en del av det arbetet. Den finskspråkiga versionen har således inte testats många gånger, och fastän den verkade fungera bra i

denna undersökning kan det möjligtvis finnas enskilda detaljer som kan förbättras. I den här undersökningen är reliabilitetsvärdet lågt i kluster ett, och resultatet beträffande detta kluster bör tolkas med en viss reservation. Detta gäller för både svenskspråkiga och finskspråkiga. Chronback's alfa för de svenskspråkiga var .58 och för de finskspråkiga .45, medan värdet borde vara $\geq .70$ för att vara acceptabelt. Detta är något som även andra haft problem med, och Chronback's alfa var $< .70$ i kluster ett för Forsén Mantilla (2017) i hennes doktorsavhandling.

4.5 Förslag till fortsatt forskning

Föreliggande undersökning visar tydligt att en negativ självbild kan utgöra en risk för att en ätstörning skall utvecklas. Ätstörningar och ätstörningssymtom förekommer hos båda könen, och är ett stort problem för de drabbade individerna. SASB visar att en negativ självbild har ett samband med ätstörningssymtom, och detta är något som kunde undersökas i större skala. I Sverige utförs en del studier på området men i Finland har det inte undersökts i lika stor skala. Även resultat från respondenter i varierande åldrar skulle kunna ge värdefull information.

Eftersom självbilden tydligt har ett samband med ätstörningar och ätstörningssymtom kunde man i fortsatt forskning även fokusera på hur man kunde förbättra tillfrisknandeprocessen med hjälp av att fokusera mera på självbilden och särskilda delar av den. Det varierar för olika personer vilka kluster som har starkaste sambandet med ätstörningssymtom, och kännedom om detta kan vara till nytta i tillfrisknandeprocessen.

Ytterligare en sak som kunde vara till nytta att undersöka, speciellt i förebyggande syfte, är i vilken ålder tillfredsställelsen med ens egen självbild börjar skilja sig mellan könen. Är det så att flickorna börjar få mera ätstörningssymtom än pojkarna i samband med att deras självbild blir mera negativ. Undersökningar inom detta ämne har gjorts, men forskning som inkluderar SASB-modellen kunde möjligtvis ge ett nytt perspektiv.

4.6 Slutsats

Undersökningen visar ett tydligt samband mellan ätstörningssymtom och negativ självbild. Eftersom sambandet förekommer även hos normala individer kunde man i förebyggande syfte arbeta med en persons självbild för att minska på antalet som insjuknar i en ätstörning. Föreliggande undersökning visar att flera kluster i SASB-modellen har ett samband med ätstörningssymtom. Denna information kunde användas

som grund för vilka delar av självbilden ungdomar borde arbeta med, men mer forskning och med större sampel behövs.

Referenser

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). Washington, DC: Author
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Andersén, M., & Birgegård, A. (2017). Diagnosis-specific self-image predicts longitudinal suicidal ideation in adult eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 50, 970–978.
- Armeliuss, B., & Armeliuss, K. (2010). *SASB-modellen: En introduktion*. Opublicerat manuskript, Umeå: Umeå universitet.
- Benjamin, L. S. (1974). Structural analysis of social behavior. *Psychological Review*, 81, 392–425.
- Benjamin, L. S. (1993). *Interpersonal diagnosis and treatment of personality disorders*. Guilford Press.
- Benjamin, L. S. (2010). Structural analysis of social behavior and the nature of nature. In S. Strack and L. Horowitz (Eds.), *Handbook of interpersonal psychology: Theory, research, assessment and therapeutic interventions* (pp. 83–341). New York: Wiley. 325-341.
- Benjamin, L. S., Rothweiler, J. C., & Critchfield, K. L. (2006). The use of structural analysis of social behavior (SASB) as an assessment tool. *Annual Review of Clinical Psychology*, 2, 83–109.
- Benjamin, L. S. (1996). A clinician-friendly version of the interpersonal circumplex: Structural analysis of social behavior (SASB). *Journal of Personality Assessment*, 66, 248–266. doi:10.1207/s15327752jpa6602_5
- Bohn, K., & Fairburn, C. G. (2008). Clinical Impairment Assessment Questionnaire (CIA 3.0). In C. Fairburn (Ed.), *Cognitive behavior therapy and eating disorders* (pp. 315–317). New York: Guilford Press.
- Carr, A. (2014). The evidence base for family therapy and systemic interventions for child-focused problems. *Journal of Family Therapy*, 36, 107–157.
- Egidius, H. (2008). *Psykologilexikon* (4. utg.). Stockholm: Natur & Kultur.
- Fairburn, C. G., & Beglin, S. J. (1994). Assessment of eating disorders: Interview or self-report questionnaire? *International Journal of Eating Disorders*, 16, 363–370.

- Fairburn, C. G., & Beglin, S. (2008). Eating disorder examination questionnaire. *Cognitive behaviour therapy and eating disorders*, New York: Guilford Press.
- Fairburn, C. G., & Harrison, P. J. (2003). *Eating disorders*. doi:10.1016/S0140-6736(03)12378-1
- Forsén Mantilla, E. (2017). Fatal attraction: The relationship between patients and their eating disorders, an interpersonal and attachment perspective. [Doctoral dissertation, Karolinska Institutet, Solna].
- Forsén Mantilla, E., Clinton, D., & Birgegård, A. (2018). Insidious: The relationship patients have with their eating disorders and its impact on symptoms, duration of illness, and selfimage. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 91, 302–316.
- Gezelius, C., Wahlund, B., Carlsson, L., & Wiberg, B. (2016). Adolescent patients with eating disorders and their parents: A study of self-image and outcome at an intensive outpatient program. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 21, 607–616.
- Ghaderi, A., & Scott, B. (2001). Prevalence, incidence and prospective risk factors for eating disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 104, 122–130.
- Goodman, A. (2014). Family history of education predicts eating disorders across multiple generations among 2 million Swedish males and females. *PLoS ONE*, 9(8), 1–9.
- Hudson, J. I., Hiripi, E., Pope, H. G., & Kessler, R. C. (2007). The prevalence and correlates of eating disorders in the national comorbidity survey replication. *Biological Psychiatry*, 61, 348–358.
- Karlsson, G. P., Clinton, D., & Nevenon, L. (2013). Prediction of weight increase in anorexia nervosa. *Nordic Journal of Psychiatry*, 67, 424–432.
- Keel, P. K., & Klump, K. L. (2003). Are eating disorders culture-bound syndromes? implications for conceptualizing their etiology. *Psychological Bulletin*, 129, 747–769. doi: 10.1037/0033-2909.129.5.747
- Keski-Rahkonen, A., Hoek, H. W., Susser, E. S., Linna, M. S., Sihvola, E., Raevuori, A., ... Rissanen, A. (2007). Epidemiology and course of anorexia nervosa in the community. *American journal of Psychiatry*, 164, 1259–1265.
- Kjelsås, E., Bjørnstrøm, C., & Gøtestam, K. G. (2004). Prevalence of eating disorders in female and male adolescents (14–15 years). *Eating Behaviors*, 5, 13–25.

- Klump, K. L., Bulik, C. M., Kaye, W. H., Treasure, J., & Tyson, E. (2009). Academy for eating disorders position paper: Eating disorders are serious mental illnesses. *International Journal of Eating Disorders*, 42, 97–103.
- Lethbridge, J., Watson, H. J., Egan, S. J., Street, H., & Nathan, P. R. (2011). The role of perfectionism, dichotomous thinking, shape and weight overvaluation, and conditional goal setting in eating disorders. *Eating Behaviors*, 12, 200–206.
- Lavender, J. M., Brown, T. A., & Murray, S. B. (2017). Men, muscles, and eating disorders: An overview of traditional and muscularity-oriented disordered eating. *Current Psychiatry Reports*, 19, 1–6.
- Lipczynska, S. (2005). Eating disorders. *Journal of Mental Health*, 14, 649–651. doi:10.1080/09638230500347780
- Lähteenmäki, S., Saarni, S., Suokas, J., Saarni, S., Perälä, J., Lönnqvist, J., & Suvisaari, J. (2014). Prevalence and correlates of eating disorders among young adults in Finland. *Nordic Journal of Psychiatry*, 68, 196–203.
- Makino, M., Tsuboi, K., & Dennerstein, L. (2004). Prevalence of eating disorders: A comparison of western and non-western countries. *MedGenMed: Medscape General Medicine*, 6:49. doi:487413 [pii]
- Mantilla, E. F., Bergsten, K., & Birgegård, A. (2014). Self-image and eating disorder symptoms in normal and clinical adolescents. *Eating Behaviors*, 15, 125–131.
- Mantilla, E. F., & Birgegård, A. (2015). The enemy within: The association between self-image and eating disorder symptoms in healthy, non help-seeking and clinical young women. *Journal of Eating Disorders*, 3, 1–11.
- Monell, E., Högdahl, L., Mantilla, E. F., & Birgegård, A. (2015). Emotion dysregulation, self-image and eating disorder symptoms in university women. *Journal of Eating Disorders*, 3, 1–11.
- McKnight Investigators. (2003). Risk factors for the onset of eating disorders in adolescent girls: Results of the McKnight longitudinal risk factor study. *American Journal of Psychiatry*, 160, 248–254.
- Nicoli, M. G., & Junior, R. D. L. (2011). Binge eating disorder and body image perception among university students. *Eating Behaviors*, 12, 284–288.
- Rosenberg, M. (2015). *Society and the adolescent self-image* Princeton University press.
- Runfola, C. D., Thornton, L. M., Pisetsky, E. M., Bulik, C. M., & Birgegård, A. (2014). Self-image and suicide in a Swedish national eating disorders clinical register. *Comprehensive Psychiatry*, 55, 439–449.

- Steinhausen, H. (2002). The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. *American Journal of Psychiatry*, 159, 1284–1293.
- Stice, E., Marti, C. N., & Durant, S. (2011). Risk factors for onset of eating disorders: Evidence of multiple risk pathways from an 8-year prospective study. *Behaviour Research and Therapy*, 49, 622–627.
- Striegel - Moore, R. H. (2007). Risk factors for eating disorders. *American Psychologist*, 62, 181–198.
- Treasure, J. (2010). Eating disorders. *Lancet*, 375(9714), 583–593.
- Welch, E., Birgegård, A., Parling, T., & Ghaderi, A. (2011). Eating disorder examination questionnaire and clinical impairment assessment questionnaire: General population and clinical norms for young adult women in Sweden. *Behaviour Research and Therapy*, 49, 85–91.

Bilagor

BILAGA 1

EDE-Qⁱ

Instruktioner: Följande frågor handlar enbart om de senaste fyra veckorna (28 dagar). Var vänlig läs varje fråga noga. Vänligen besvara alla frågorna. Tack.

Frågor 1-12: Var vänlig ringa in lämplig siffra till höger om respektive fråga. Kom ihåg att frågorna enbart gäller de senaste 4 veckorna (28 dagar).

Under hur många av de senaste 28 dagarna...	Inga dagar	1-5 dagar	6-12 dagar	13-15 dagar	16-22 dagar	23-27 dagar	varje dag
1) Har du avsiktligt <i>försökt</i> att begränsa mängden mat du äter i syfte att påverka din vikt eller figur (oavsett om du har lyckats eller ej)?	0	1	2	3	4	5	6
2) Har du låtit bli att äta någonting alls under långa perioder (8 timmar eller mer, under din vakna tid) i syfte att påverka din vikt eller figur?	0	1	2	3	4	5	6
3) Har du <i>försökt</i> att undvika att äta någon mat som du gillar, i syfte att påverka din vikt eller figur (oavsett om du har lyckats eller ej)?	0	1	2	3	4	5	6
4) Har du <i>försökt</i> att följa bestämda regler avseende ditt ätande (t.ex. en kaloriogräns) för att påverka din vikt eller figur (oavsett om du har lyckats eller ej)?	0	1	2	3	4	5	6
5) Har du haft en klar önskan att vara <i>tom</i> i magen med målet att påverka din vikt eller figur?	0	1	2	3	4	5	6
6) Har du haft en stark önskan om att din <i>mage</i> ska vara <i>helt platt</i> ?	0	1	2	3	4	5	6
7) Har tankar om <i>mat, ätande eller kaloriinnehåll</i> lett till svårigheter för dig att koncentrera dig på saker du är intresserad av (t.ex. att arbeta, följa ett samtal eller läsa)?	0	1	2	3	4	5	6
8) Har tankar om <i>vikt eller figur</i> försämrat din koncentration för saker du är intresserad av (t.ex. att arbeta, följa ett samtal eller läsa)?	0	1	2	3	4	5	6
9) Har du haft en klar rädsla för att tappa kontrollen över ditt ätande?	0	1	2	3	4	5	6
10) Har du haft en klar rädsla för att gå upp i vikt?	0	1	2	3	4	5	6
11) Har du känt dig tjock?	0	1	2	3	4	5	6
12) Har du haft en stark önskan att gå ner i vikt?	0	1	2	3	4	5	6

Frågor 13-18: Vänligen skriv lämplig siffra till höger om frågan. Kom ihåg att frågorna bara gäller de senaste 4 veckorna (28 dagar)

Under de senaste 4 veckorna (28 dagar)...

- 13) Under de senaste 28 dagarna, *hur många gånger* har du ätit vad andra skulle betrakta som en *ovanligt stor mängd mat* (givet omständigheterna)? _____
- 14) Under hur många av de här tillfällena hade du en känsla av att du har tappat kontrollen över ditt ätande (under tiden du höll på att äta)? _____
- 15) Under hur många av de senaste 28 dagarna inträffade sådana episoder av överätning (dvs, då du ätit en ovanligt stor mängd mat *och* du hade en känsla av kontrollförlust under tiden du åt)? _____
- 16) Under de senaste 28 dagarna, *hur många gånger* har du tvingat dig själv att kräkas som ett sätt för att kontrollera din vikt eller figur? _____
- 17) Under de senaste 28 dagarna, *hur många gånger* har du tagit laxermedel som ett sätt för att kontrollera din vikt eller figur? _____
- 18) Under de senaste 28 dagarna, *hur många gånger* har du tränat på ett överdrivet eller tvångsmässigt sätt för att kontrollera din vikt, figur, mängden fett eller för att bränna kalorier? _____

Frågor 19-21: Vänligen ringa in lämplig siffra. Notera att ordet "hetsätning" i dessa frågor betyder det som andra i din ålder och av ditt kön skulle betrakta som en ovanligt stor mängd mat för omständigheterna samtidigt förenad med känsla av kontrollförlust över ätandet.

19) Under hur många av de senaste 28 dagarna, har du ätit i hemlighet (dvs. i smyg)? ...Bortse från episoder av hetsätning	Inga dagar 0	1-5 dagar 1	6-12 dagar 2	13-15 dagar 3	16-22 dagar 4	23-27 dagar 5	varje dag 6
---	-----------------	----------------	-----------------	------------------	------------------	------------------	----------------

20) Vid hur stor del av de gångerna som du har ätit har du känt skuld (känt att du har gjort något fel) på grund av påverkan på din vikt eller figur? ...Bortse från episoder av hetsätning	Ingen gång 0	Några få gånger 1	Mindre än hälften 2	Hälften av gångerna 3	Mer än hälften 4	De flesta gånger 5	Alla gånger 6
--	-----------------	----------------------	------------------------	--------------------------	---------------------	-----------------------	------------------

21) Under de senaste 28 dagarna, hur bekymrad har du varit över att andra ska se dig äta? ...Bortse från episoder av hetsätning	Inte alla 0	Lite 1	Grand 2	Måttligt 3	Märkbart 4	5	6
--	----------------	-----------	------------	---------------	---------------	---	---

Frågor 22-28: Ringa in den siffra till höger om respektive fråga som är lämplig. Kom ihåg att frågorna gäller bara de senaste 4 veckorna (28 dagar)

Under de senaste 28 dagarna:	Inte alls 0	1	Lite grand 2	3	Måttligt 4	5	Märkbart 6
22) Har din <i>vikt</i> (siffrorna på vågen) påverkat hur du tänker om (bedömer) dig själv som person?	0	1	2	3	4	5	6
23) Har din <i>figur</i> påverkat på hur du tänker om (bedömer) dig själv som person?	0	1	2	3	4	5	6
24) Hur upprörd skulle du bli om du skulle bli ombedd att bara väga dig en gång i veckan (varken mer eller mindre ofta) under de kommande fyra veckorna?	0	1	2	3	4	5	6
25) Hur missnöjd har du varit med din <i>vikt</i> (siffrorna på vågen)?	0	1	2	3	4	5	6
26) Hur missnöjd har du varit med din <i>figur</i> ?	0	1	2	3	4	5	6
27) Hur illa till mods har <i>du</i> känt dig när du har tittat på din kropp (t.ex. i spegel, i affärernas skyltfönster, vid klädbyte eller när du har tagit en dusch eller ett bad)?	0	1	2	3	4	5	6
28) Hur illa till mods har du känt dig när <i>andra</i> har sett din kropp (t.ex. i omklädningsrum, när du har simmat eller haft åtsittande kläder)?	0	1	2	3	4	5	6

Hur mycket väger du nu? (Försök göra en så bra uppskattning som möjligt)

Hur lång är du? (Försök göra en så bra uppskattning som möjligt)

För kvinnor: Under de senaste 3-4 månaderna har du missat någon mensperiod?

Om Ja, hur många? _____

Har du ätit p-piller under de senaste 3-4 månaderna? _____

¹ Svensk översättning och bearbetning av Ata Ghaderi och Elisabeth Welch, Institutionen för psykologi, Uppsala universitet, 2008. Vid all publikation måste följande referenser anges:
Fairburn, C. G., & Beglin S. J. (2008). Eating Disorders Examination Questionnaire (EDE-Q 6.0). In C. G. Fairburn, Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders, New York: Guilford Press.
Welch, E., Birgegård, A., Parling, T., & Ghaderi, A. (2011). Eating Disorder Examination Questionnaire and Clinical Impairment Assessment Questionnaire: General population and clinical norms for young adult women in Sweden. *Behaviour Research and Therapy*, 49, 85-91.

BILAGA 2

Forskningsnr: _____

INSTRUKTIONER

Var vänlig och sätt ett "X" i den kolumn som bäst beskriver hur dina matvanor, din träning eller hur du känner kring ditt ätande, din figur eller vikt har påverkat ditt liv UNDER DE SENASTE 28 DAGARNA. Tack.

	Under de senaste 28 dagarna, i vilken utsträckning har ...dina matvanor ...din träning ...eller hur du känner kring ditt ätande, din figur eller din vikt...	Inte alls	Lite	Ganska mycket	Mycket
1	...gjort det svårt för dig att koncentrera dig?				
2	...fått dig att bli självkritisk?				
3	...hindrat dig från att umgås/gå ut med andra?				
4	...påverkat din arbetsprestation (om relevant)?				
5	...gjort dig glömsk?				
6	...påverkat din förmåga att fatta vardagliga beslut?				
7	...stört måltider med familj och vänner?				
8	...gjort dig upprörd?				
9	...fått dig att skämmas över dig själv?				
10	...gjort det svårt att äta ute tillsammans med andra?				
11	...fått dig att känna skuldkänslor?				
12	...hindrat dig från att göra saker du tidigare brukade tycka om att göra?				
13	...gjort dig tankspridd?				
14	...fått dig att känna dig misslyckad?				
15	...negativt påverkat dina relationer till andra?				
16	...fått dig att oroa dig?				

CIA version 3.0 (Copyright Bohn and Fairburn, 2008)

Svensk översättning och bearbetning av Elisabeth Welch och Ata Ghaderi, Institutionen för psykologi, Uppsala Universitet, 2007.

BILAGA 3

Forskningsnr: _____ (I)

SASB Introjekt

Detta formulär innehåller frågor om hur Du ser på Dig själv. Var snäll och svara så uppriktigt som möjligt på frågorna. Det bästa svaret är ofta det första som Du kommer att tänka på. Det finns inga svar som är "rätt" eller "fel". Det är vad Du själv tycker som är det viktiga.

Använd denna skala när Du gör Dina skattningar:

Stämmer inte alls						Stämmer helt				
0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100

En skattning upp till och med 40 betyder "stämmer ej", en skattning på 50 eller mer betyder "stämmer".

	Stämmer inte alls						Stämmer helt				
	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
1. Jag bryr mig inte om mig själv, glömmer att utveckla mig själv och det jag är bra på.											
2. Jag tar hand om mig själv, tar noggrant reda på vad jag behöver.											
3. Jag släpper taget och bara dagdrömmer istället för att göra det jag egentligen skulle behöva göra för mig själv.											
4. Jag låter viktiga frågor, beslut, tankar och möjligheter glida förbi utan att bry mig så mycket.											
5. Eftersom jag känner till både mina starka och svaga sidor låter jag mig själv helt enkelt vara den jag är.											
6. Jag tillåter mig att vara glad och nöjd med mig själv som jag är.											
7. Jag anklagar och kritiserar mig själv tills jag skäms och känner mig dålig.											
8. Jag övar och arbetar på att utveckla mig själv och saker som är bra att kunna.											
9. Jag älskar och tycker väldigt mycket om mig själv.											
10. Jag tar naturligt hand om mig själv och ser till att jag har vad jag behöver.											
11. Arg och brutalt avfärdar jag mig själv som värdelös och struntar i vad som händer med mig.											
12. Jag struntar i mig själv, orkar inte lära känna mig själv.											
13. Jag njuter av mig själv, mår väldigt bra av att vara med mig själv.											
14. Jag är mycket noga med att bevaka och hålla mig själv tillbaka.											
15. Jag kontrollerar och styr mig själv enligt de mål jag satt upp för mig.											
16. Jag låter mig själv mörda, döda, förstöra och utplåna mig själv.											
17. Jag sliter ut, överbelastar och plågar mig själv.											
18. Ömt och varsamt ger jag mig själv en 'klapp på axeln' just därför att jag mår så bra med mig själv.											

Forskningsnr: _____ (I)

	Stämmer inte alls							Stämmer helt				
	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	
19. Jag håller ett öga på mig själv för att försäkra mig om att jag gör det jag borde.												
20. Jag jobbar på att se till att jag gör det jag ska.												
21. Jag lyssnar gärna till mina egna innersta känslor och följer dem.												
22. Jag sköter inte om mina sjukdomar och skador även när detta innebär stor skada för mig själv.												
23. Jag anstränger mig väldigt mycket för att följa normer och vara ordentlig.												
24. Jag straffar och plågar mig själv strängt.												
25. Jag tvingar mig själv att göra saker som egentligen inte är bra för mig, jag lurar mig själv.												
26. Jag tar dagen som den kommer och planerar inte för morgondagen.												
27. Jag tar verkligen vara på mina egna intressen och skyddar mig själv.												
28. Jag låter mig styras av situationen – jag har ingen särskild "inre styming" – inga fasta principer.												
29. Jag anstränger mig för att se till att jag får vad jag behöver och vill ha.												
30. Jag låter mig själv fritt och enkelt göra det som känns spontant.												
31. Jag mår bra med mig själv. Jag är avspänd, stabil och helt okay som jag är.												
32. Utan att tänka på det låter jag mig själv bli som jag blir.												
33. Jag är slapp, omdömeslös och hamnar i situationer som är destruktiva för mig själv.												
34. Jag ser till att vara öppen för människor och saker som verkligen är bra för mig.												
35. Jag är mycket osäker på mig själv och tycker att andra kan bättre.												
36. Jag skadar och förstör mig själv, jag är min egen värsta fiende.												

BILAGA 4

Tutkimusnro: _____

EDE-Q

Seuraavat kysymykset koskevat viimeistä 4 viikkoa (28 päivää). Lue kysymykset huolellisesti ja vastaa jokaiseen kysymykseen. Kiitos!

Kysymykset 1-12: Ympyröi sopiva numero jokaisen kysymyksen kohdalla. Muista, että kysymykset koskevat vain viimeistä 4 viikkoa (28 päivää).

Viimeisen 28 päivän aikana, kuinka monena päivänä...	Ei yhtään	1-5 päivää	6-12 päivää	13-15 päivää	16-22 päivää	23-27 päivää	Joka päivä
1. Olet tarkoituksella <i>yrittänyt</i> rajoittaa syömäsi ruoan määrää vaikuttaaksesi kehosi muotoon tai painoosi (riippumatta siitä oletko onnistunut)	0	1	2	3	4	5	6
2. Olet ollut pitkiä aikoja syömättä (8 tuntia tai enemmän) <i>yrittäaksesi</i> vaikuttaa kehosi muotoon tai painoosi	0	1	2	3	4	5	6
3. Olet <i>yrittänyt</i> välttää tiettyjä ruoka-aineita joista pidät vaikuttaaksesi kehosi muotoon tai painoosi (riippumatta siitä oletko onnistunut)	0	1	2	3	4	5	6
4. Olet <i>yrittänyt</i> noudattaa tiettyjä syömiseen liittyviä sääntöjä (esim. kalorirajaa), vaikuttaaksesi kehosi muotoon tai painoosi (riippumatta siitä oletko onnistunut)	0	1	2	3	4	5	6
5. Olet halunnut, että vatsasi olisi <i>tyhjä</i> , koska olet halunnut vaikuttaa kehosi muotoon tai painoosi	0	1	2	3	4	5	6
6. Olet halunnut, että vatsasi olisi <i>aivan</i> litteä	0	1	2	3	4	5	6
7. Ajatukset <i>ruoasta, syömisestä tai kaloreista</i> ovat vaikeuttaneet keskittymistäsi asioihin, jotka kiinnostavat sinua (esim. työ, keskustelu tai lukeminen)	0	1	2	3	4	5	6
8. Ajatukset <i>kehon muodosta tai painosta</i> ovat vaikeuttaneet keskittymistäsi asioihin, jotka kiinnostavat sinua (esim. työ, keskustelu tai lukeminen)	0	1	2	3	4	5	6
9. Olet pelännyt menettäväsi syömisesi hallinnan	0	1	2	3	4	5	6
10. Olet pelännyt lihovasi	0	1	2	3	4	5	6
11. Olet tuntenut itsesi lihavaksi	0	1	2	3	4	5	6
12. Olet tuntenut voimakasta halua laihtua	0	1	2	3	4	5	6

Kysymykset 13-18: Kirjoita parhaiten sopiva numero oikealla olevalle viivalle. Muista, että kysymykset koskevat vain viimeistä 4 viikkoa (28 päivää).

Viimeisen 4 viikon aikana (28 päivää)...

13. Viimeisen 28 päivän aikana, montako *kertaa* olet syönyt sellaisen määrän ruokaa, että muiden ihmisten mielestä määrä olisi *epätavallisen suuri* (olosuhteet huomioon ottaen)?

14. Kuinka monena kertana näistä kerroista koit syödessäsi, että olet menettänyt hallinnan?

15. Viimeisen 28 päivän aikana, kuinka monena *päivänä* sinulla on ollut tämän kaltaista ylensyöntiä (*epätavallisen suuren määrän ruokaa syöminen yhdistettynä kontrollin menetyksen tunteeseen*)?

16. Viimeisen 28 päivän aikana, kuinka monta *kertaa* olet oksentanut yrittääksesi kontrolloida kehosi muotoa tai painoasi?

17. Viimeisen 28 päivän aikana, kuinka monta *kertaa* olet käyttänyt laksatiiveja (ulostuslääkkeitä) yrittääksesi kontrolloida kehosi muotoa tai painoasi?

18. Viimeisen 28 päivän aikana, kuinka monta *kertaa* olet urheillut "pakonomaisesti" yrittääksesi kontrolloida kehosi painoa, muotoa tai rasvamäärää, tai polttaaksesi kaloreita?

Kysymykset 19-21: Ympyröi sopiva numero. Huomaa, että näiden kysymysten kohdalla "ahmimisjakso" tarkoittaa sellaisen ruokamäärän syömistä, että muiden ihmisten mielestä määrä olisi epätavallisen suuri (olosuhteet huomioon ottaen), ja syömiseen yhdistyy kontrollin menettämisen tunne.

19. Viimeisen 28 päivän aikana, kuinka monena päivänä olet syönyt salaa?
... Älä laske ahmimisjaksoja

Ei yhtään	1-5 päivää	6-12 päivää	13-15 päivää	16-22 päivää	23-27 päivää	Joka päivä
0	1	2	3	4	5	6

20. Kuinka usein syödessäsi olet kokenut syyllisyyttä siitä, miten ruoka vaikuttaa kehosi muotoon tai painoosi?
... Älä laske ahmimisjaksoja

Ei kertaakaan	Muutamana kerran	Alle puolet kerroista	Puolet kerroista	Yli puolet kerroista	Melkein joka kerta	Joka kerta
0	1	2	3	4	5	6

21. Viimeisen 28 päivän aikana, kuinka huolissasi olet ollut siitä, että muut ihmiset näkevät sinun syövän?
... Älä laske ahmimisjaksoja

En lainkaan	Vähän	Kohtalaisesti	Paljon
0	1	2	3

Kysymykset 22-28: Ympyröi sopiva numero jokaisen kysymyksen kohdalla. Muista, että kysymykset koskevat vain viimeistä 4 viikkoa (28 päivää).

Viimeisen 28 päivän aikana...	Ei lainkaan		Vähän	Kohtalaisesti		Paljon	
22. Onko <i>painosi</i> vaikuttanut siihen miten ajattelet itsestäsi?	0	1	2	3	4	5	6
23. Onko <i>kehosi muoto</i> vaikuttanut siihen miten ajattelet itsestäsi?	0	1	2	3	4	5	6
24. Miten paljon järkyttyisit, jos sinua pyydetäisiin käymään vaa'alla kerran viikossa (ei useammin eikä harvemmin) seuraavan 4 viikon ajan?	0	1	2	3	4	5	6
25. Miten tyytymätön olet ollut <i>painoosi</i> ?	0	1	2	3	4	5	6
26. Miten tyytymätön olet ollut <i>kehosi muotoon</i> ?	0	1	2	3	4	5	6
27. Miten epämukavaksi olet kokenut oman vartalosi näkemisen (esim. peilissä, näyteikkunassa, riisuessasi tai suihkussa?)	0	1	2	3	4	5	6
28. Miten epämukavaksi olet kokenut sen, että <i>muut</i> näkevät vartalosi (esim. pukuhuoneessa, uimahallissa tai jos sinulla on tiukat vaatteet)?	0	1	2	3	4	5	6

Tämän hetkinen painosi (tai paras arviosi siitä)? _____

Pituutesi (tai paras arviosi siitä)? _____

Kysymyksiä naisille:

Viimeisen 3-4 kuukauden aikana, onko sinulla jäänyt kuukautisia välistä? _____

Jos vastasit myöntävästi, niin montako kertaa kuukautisesi ovat jääneet tulematta? _____

Syötkö e-pillereitä? _____

KIITOS!

OHJEET

Ystävällisesti merkitse kuinka paljon syömisesi, liikuntatapojesi sekä tunteitasi syömistäsi, vartalosi ja painoasi kohtaan ovat vaikuttaneet elämääsi VIIMEISTEN 28 PÄIVÄN AIKANA

	Viimeisten 28 päivän aikana kuinka paljon on ...syöminen ...liikunta ...tunteitasi vartalosi muotoa tai painoa kohtaan	Ei lainkaan	hieman	Melko paljon	Hyvin paljon
1	...aiheuttaneet keskittymisvaikeuksia?				
2	...aiheuttaneet itsekriittisiä ajatuksia?				
3	...estäneet sinua käymästä ulkona muiden kanssa?				
4	...haitanneet työntekoa tai opiskelua?				
5	...aiheuttaneet asioiden unohtelua?				
6	...vaikeuttaneet arkista päätöksentekoa?				
7	...vaikeuttaneet syömistä perheen tai ystävien kanssa?				
8	...aiheuttaneet levottomuutta?				
9	...aiheuttaneet häpeää?				
10	...vaikeuttaneet syömistä julkisilla paikoilla?				
11	... aiheuttaneet syyllisyydentunteita?				
12	...häirinneet sellaisten asioiden tekemistä, josta yleensä nautit?				
13	...tehneet sinusta hajamielisen?				
14	... aiheuttaneet epäonnistumisen tunteita?				
15	... aiheuttaneet ongelmia suhteessa läheisiisi tai ystäviisi?				
16	... aiheuttaneet huolestuneisuutta?				

BILAGA 6

I

SASB Introjekt

Tämän kyselyn tarkoituksena on tutkia millaisena näet itsesi. Vastaa kysymyksiin niin rehellisesti kuin osaat. Paras vastaus on yleensä se, joka tulee ensimmäisenä mieleen. Ei ole "oikeita" tai "väärä" vastauksia. Tärkeintä on miltä sinusta tuntuu.

Käytä seuraavaa asteikkoa vastatessasi:

Ei ollenkaan samaa mieltä						Täysin samaa mieltä					
0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	

Vaihtoehdot 0-40 tarkoittavat että et ole väittämän kanssa samaa mieltä ja vaihtoehdot 50-100 tarkoittavat että olet väittämän kanssa samaa mieltä.

	Ei ollenkaan samaa mieltä						Täysin samaa mieltä					
	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	
1. En välitä itsestäni, enkä pyri kehittämään itselleni taitoja elämää varten.												
2. Koska haluan huolehtia itsestäni, pyrin ymmärtämään itseäni ja sitä mitä minussa tapahtuu.												
3. Annan mennä ja vain uneksin sen sijaan, että toimin itseni parhaaksi.												
4. Annan tärkeiden kysymysten, päätösten, ajatusten ja tilaisuuksien mennä ohi välittämättä niistä sen enempää.												
5. Tiedostan sekä vahvat että heikot puoleni ja sallin itseni yksinkertaisesti olla oma itseni.												
6. Olen tyytyväinen itseäni sellaisena kuin olen ja tunnen siitä iloa.												
7. Moitin ja arvostelen itseäni niin, että häpeän ja tunnen itseni huonoksi.												
8. Näen vaivaa kehittääkseni itselleni tärkeitä taitoja elämää varten.												
9. Rakastan ja arvostan itseäni.												
10. Pidän huonevasti huolta itsestäni ja huolehdin, että minulla on tarvitsemani.												
11. Pidän itseäni arvottomana enkä välitä mitä minulle tapahtuu.												
12. En välitä itsestäni enkä jaksa oppia tuntemaan itseäni.												
13. Pidän itsestäni ja nautin itsekseni olemisesta.												
14. Pidättelen ja tarkkailen itseäni jatkuvasti.												
15. Pidän itseni tiukassa kontrollissa.												
16. Kohtelen itseäni julmasti ja teen itselleni tuhoisia asioita.												
17. Ylirasitan itseäni kunnes olen rikki ja tyhjä sisältä.												
18. Arvostan itseäni juuri sellaisena kuin olen.												

	Ei ollenkaan samaa mieltä						Täysin samaa mieltä					
	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	
19. Tarkkailen itseäni jatkuvasti varmistaakseni, että toimin oikein.												
20. Yritän kaikkeni ollakseni ihanteitteni mukainen.												
21. Pystyn helposti kuuntelemaan itseäni ja toimimaan syvimpien tunteitteni mukaisesti.												
22. En hoida sairauksiani ja vammojani silloinkaan kun siitä aiheutuu itselleni suurta vahinkoa.												
23. Ponnistelen kovasti noudattaakseni sääntöjä ja ollakseni kunnollinen.												
24. Rankaisen ja kidutan itseäni ankarasti.												
25. Pakotan itseäni tekemään asioita, jotka eivät ole hyväksi minulle.												
26. Otan päivän kerrallaan enkä suunnittele huomispäivää.												
27. Otan huontevasti omat etuni huomioon ja suojelen itseäni.												
28. Annan itseni mennä aina tilanteen mukaan. Elämälläni ei ole suuntaa enkä tavoittele elämässä mitään.												
29. Ponnistelen kovasti ymmärtääkseni mitä tarvitsen ja keksiäkseni keinon saada sen itselleni.												
30. Minun on helppoa ja huontevaa toimia omalla tavallani.												
31. Ymmärrän itseäni ja pidän itsestäni juuri sellaisena kuin olen.												
32. Annan itseni vapaasti kehittyä haluamaani suuntaan.												
33. En välitä toimintani seurauksista, joten joudun itselleni haitallisiin tilanteisiin.												
34. Otan avoimesti vastaan ihmisiä ja asioita, jotka tekevät minulle hyvää.												
35. Mollaan itseäni ja uskon tekeväni kaiken väärin. Ajattelen muiden osaavan asiat paremmin.												
36. Vahingoitan ja tuhoan itseäni. Olen itseni pahin vihollinen.												